

las primeras entrevistas y los primeros pacientes, las transferencias del padecimiento al síntoma

El título de hoy pensaba que es un poco largo: “las primeras entrevistas. Los primeros pacientes, las transferencias.” Y además: “Del padecimiento al síntoma”. Aunque si lo descomponemos, vemos que trata de cuestiones que se encuentran estrechamente ligadas.

Las entrevistas preliminares nos permiten situar cuestiones cruciales, a ser consideradas, a lo largo de toda una cura. ¿qué cuestiones?

Por ejemplo:

-Situación la demanda, a qué viene ese sujeto, qué pide, qué espera del análisis, porqué decidió pedir una consulta y además en ese momento en particular.

-Ahí se recorta algo más. No es en cualquier momento que se pide un análisis o que se realiza una consulta. Es importante situar ahí la escena que está en juego, en qué posición llega el sujeto. Ir delimitando de a poco, pero ya desde estas primeras entrevistas, el lazo al Otro, cuál es su relación a la palabra y al lenguaje, la estructura, en definitiva, qué posición tiene el sujeto ante lo que Lacan llama “castración del Otro”. Todos sabemos que al Otro le falta un significante, está castrado. Esto quiere decir que lo real no llega a ser alcanzado en su totalidad por el significante.

-Muchos de los que piden tratamiento han pasado antes por otras consultas. Eso es importante interrogarlo. Muchas veces se advierte con claridad el punto de detención en los tratamientos anteriores y eso permite, aunque con límite, poder anticiparse el analista al lugar al que va a ir a parar en la transferencia, es importante advertir algo de esto, tenerlo en cuenta en la batalla transferencial que, necesariamente, se produce con el analista en los análisis.

La vez pasada vino a supervisar una colega que me decía que le costaba encontrarse con la transferencia negativa del paciente. Cuando vuelve otra vez, el caso que charlábamos, se encontraba detenido en el punto en el que ella no podía ponerle un límite a su paciente, que la llamaba a toda hora, que se le aparecía sin avisar en el consultorio; no le podía poner límite y evitaba, de esta forma, que se enoje. Se trata de eso, de las dificultades de disponerse a esa transferencia que estaba en juego. La vez pasada decíamos: desfallecimiento del deseo del analista.

-Acá se recorta otro eje: el de las transferencias.

No tienen el mismo estatuto las primeras transferencias, las de las entrevistas preliminares, que las del análisis propiamente dicho. Al principio las transferencias son, predominantemente, imaginarias. Se va a ver a tal analista por recomendación, se llega al analista por una obra social, o por algún servicio de salud mental. A veces las transferencias son con la institución de la que forma parte el analista, en otras con el hospital. Hay casos donde pareciera que la transferencia es con el barrio. Recuerdo una consulta en que me plantearon por teléfono que había decidido analizarse conmigo porque era “el que me quedaba más cerca”, decía; donde ya desde la primera entrevista hablaba de la poca cercanía que había tenido con su padre. Fíjense, son transferencias imaginarias, se le supone saber al Otro (analista, institución, etc.) imaginariamente. Se espera, en ocasiones, que el Otro complete y poder volver así al estado anterior en el que no se hacían sentir los problemas; se busca restablecer el narcisismo unificante con el Otro, ilusión de completud. Y el analista ya se abstiene, no le enchufa un ser ni se propone él mismo como ideal a alcanzar.

Intervendrá con cautela. Desde ya que no le va a interpretar porque el sujeto aún no está en el tiempo. No le va a interpretar en esa primera entrevista la “cercanía del consultorio”, la “poca cercanía con el padre”. Se intenta desplegar simbólico, empiezan a articularse los significantes ya desde las primeras entrevistas. Los sujetos, la mayoría de las veces, llegan con un sentido cristalizado sobre lo que les sucede, en el plano del signo. Se apuntará a romper sentido.

El analista tiene que intervenir de tal forma que pueda sostenerse la escena de las primeras entrevistas. Debe intervenir, no interpretar. A veces se nos pregunta, porque no están familiarizados con el dispositivo analítico: “¿Y usted qué opina de lo que le digo? ¿Ud. ¿No habla, no dice nada?” Digamos que cuando surgen cosas como estas hay que intervenir. Se interviene desde los primeros encuentros. Por ejemplo, ante comentarios

como los que les digo, no hay que quedarse callado, hay que decir algo. Ya en posición de semblante, semblante imaginario. Ahí podrá decirle, tal vez, “Yo pienso que lo que dice es muy importante y que es lógico que eso lo abrume”. O quizá: “quédese tranquilo que yo voy a opinar, pero deme tiempo, necesito que hable un poco más”. Sin embargo, el analista está advertido de que no va a opinar él como sujeto.

-ese padecimiento, esa queja que trae a un paciente al consultorio, es de esperar que tome otro estatuto, que pueda ser articulada a una pregunta del sujeto, que lo toque en su subjetividad. Lo cual implicaría, desde ya, un avance subjetivo y un resquebrajamiento del sentido. Lacan dice que el síntoma es una pregunta dirigida al Otro en transferencia, diferenciando síntoma de padecimiento. Desde ya que el síntoma implica el padecimiento, pero se trata de un avance cuando el síntoma se articula en la transferencia a partir de una pregunta que abre al saber inconsciente. Por ejemplo, algo del padecimiento, de la queja, se pone en relación al análisis con “ese” analista. Ahora la escena se juega con el analista. Se produce un enganche de significantes entre el Sq (significante cualquiera que representa a la persona del analista, que lo representa, pero que no forma parte de la cadena significativa del analista como persona) y algún significante que representa a la cadena significativa del ahora analizante. El analista forma parte del concepto de inconsciente en este sentido. Emerge el saber inconsciente en el análisis en el despliegue de la transferencia. El estatuto de la transferencia será predominantemente simbólico, también está lo imaginario y lo real pulsional. Se le supone saber a “ese” analista, saber sobre el goce, la sexualidad y la muerte, saber, en definitiva, sobre aquello que lo aqueja. Se ama a quien se le supone saber. Amor al inconsciente, en tanto se supone que en él se encontrará, como decíamos, la razón del dolor de existir.

-algo que también es importante de situar, en estas primeras entrevistas, son los puntos de angustia. No siempre los pacientes llegan angustiados. Me refiero a poder ir escuchando qué significantes son los que bordean esa angustia, señal de lo real, como dice Lacan. No me refiero al ataque de angustia, cuestión que también aparece en algunas consultas y que reclaman ciertas intervenciones precisas. Lacan sitúa al tiempo de la angustia como el anterior al del acto analítico, ahí donde se articula el sujeto. Quiero decir con esto que no hay que asustarse con la angustia. Muchas veces los pacientes no llegan angustiados y recién al tiempo empiezan a estarlo. Si estamos

advertidos de que la angustia es señal de lo real del sujeto en juego, que es anterior a la emergencia del sujeto, se tratará, seguramente, de un avance subjetivo cuando se angustie. Es frecuente escuchar decir, a quienes empiezan a atender pacientes, que están haciendo las cosas mal porque ahora el paciente se angustia. No está mal que el paciente se angustie. Y a veces nos angustiamos los analistas frente a lo que escuchamos. Para eso está el análisis personal, el control y la supervisión.

Para finalizar, extraigo una cita del Seminario 7 “La ética del psicoanálisis”, que dice así: en psicoanálisis, *“la cuestión ética se articula a partir de una orientación de la ubicación del hombre en relación a lo real”*.

Lo real le concierne al sujeto en su bien decir, se transitan en una cura diferentes tiempos, el sujeto del deseo y el objeto que lo retiene se van articulando, se hacen actos. Uno de esos tiempos es el de las entrevistas preliminares...