

Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis¹

Por Sandra Villuendas

Introducción

Este trabajo analiza el lugar y la función de las entrevistas preliminares desde la perspectiva teórica de Jacques Lacan, articulada a partir de las elaboraciones de Enric Berenguer (2018) y Massimo Recalcati (2017), con orientaciones de cómo abordarlas para facilitar el pasaje al análisis.

Las entrevistas preliminares no constituyen simplemente un trámite diagnóstico previo a la entrada en análisis. Se trata de un tiempo clínico crucial donde se juega la posibilidad de que un sujeto se oriente hacia el deseo de saber. El pasaje de una demanda de alivio o de ayuda (demanda imaginaria) a una demanda de análisis (demanda simbólica) requiere de una dirección clínica precisa y de intervenciones que favorezcan la emergencia del síntoma como enigma, la instauración de la transferencia, y una rectificación subjetiva que desplace al sujeto de una posición de queja hacia una interrogación sobre su implicación en el malestar.

Recalcati (2017) señala que en la primera entrevista es importante poder extraer unos parámetros fundamentales: ¿quién demanda, el sujeto u otro?, ¿qué demanda realmente?, ¿cuál es el síntoma que lo aflige?, ¿hay una implicación subjetiva en lo que le ocurre?, ¿cuándo y por qué ha decidido dirigirse a nosotros? y ¿qué espera de nosotros? (2017, p. 116)

1. El síntoma y la demanda de análisis

En las fases preliminares de la entrevista debemos buscar el síntoma del sujeto, porque solo desde el síntoma nace la demanda.

Berenguer (2018) establece una secuencia temporal del síntoma. Al inicio, el síntoma tiene un valor imaginario, interpretado en función de la realidad del sujeto. Para que sea posible la demanda de análisis, es necesario que el síntoma se presente como un real, que resiste al sentido, generando así la dimensión simbólica del síntoma. En último lugar, el paso por lo simbólico permitirá acceder a otra dimensión del síntoma, en tanto real (Berenguer 2018, 37-38).

El real en juego al principio y el real al final no son del mismo orden. Para que el final sea posible, es esencial que el caso esté bien orientado desde el principio, no obstaculizarlo con un saber que apunta a dar sentido a todo lo que surge. Por ello, la dimensión de un no saber tiene que estar presente al inicio, y no es contradictoria con la suposición de saber, de lo contrario, no es un saber supuesto si no impostura y obturación (Berenguer 2018, 38-39).

Las entrevistas preliminares deben conducirse de modo que la demanda imaginaria caiga y surja la demanda simbólica. Recalcati (2017) insiste en que la demanda analítica no coincide

¹ Producto de trabajo del Cartel “Los quehaceres en la clínica”.

con la demanda de ayuda. Esta última, originada en el sufrimiento y la necesidad de comprensión, responde a una estructura imaginaria donde el analista es concebido como aquel que tiene el saber para reparar el daño. El paso a la demanda simbólica supone, en cambio, a un modo de situarse el sujeto frente a su síntoma, no como una disfunción a eliminar, sino como un enigma que lo implica. No es una demanda de bienestar, sino de saber, la apertura hacia una interrogación: ¿Qué es eso que me hace sufrir y qué lugar ocupo yo en ello? (Recalcati 2017, 93-95).

2. La rectificación subjetiva

Ambos autores destacan la necesidad de operar una rectificación subjetiva. Recalcati (2017) la define como el movimiento por el cual el sujeto deja de situar la causa de su sufrimiento en el Otro, y comienza a reconocer su implicación subjetiva en aquello de lo que se queja. Y añade, el sufrimiento no depende ya del Otro, si no de su relación con el Otro. No consiste en que el sujeto se atribuya la responsabilidad absoluta del Otro, pero sí será responsable de lo que hará con eso en su vida. Trataremos de poner el acento en el modo en el que el sujeto participa en eso de lo que se queja, movilizar la serie de las preguntas por los por qué, “¿por qué me sucede eso?, ¿por qué hago así?”. Se trata de operar un pasaje de la realidad a lo real del sujeto. Esta maniobra ética implica desmontar la evidencia de la certeza y queja inicial, e introducir contradicciones en el discurso, haciéndola opaca, contradictoria (Recalcati 2017, 94-109)

Lacan en el seminario VII se refiere a este proceso como “histerización del sujeto”. El sujeto histerizado es el sujeto barrado, el sujeto dividido, el sujeto del inconsciente, que no sabe por qué sufre, qué quiere ni qué causa su deseo.

Berenguer (2018) coincide al advertir que desde el principio debe apuntarse al goce del sujeto, pero de forma delicada e indirecta, para que el sujeto no se posicione como víctima sino como responsable, no en un sentido moral, sino en el sentido de ser partícipe de su malestar. Y para ello, es necesario incluir la dimensión del sinsentido desde el inicio (Berenguer 2018, 46- 47).

3. Prácticas clínicas que obstaculizan el pasaje al análisis

Tanto Berenguer como Recalcati subrayan una serie de errores clínicos que pueden obturar la entrada en análisis si no se reconocen y evitan:

1. Interpretar demasiado pronto: Ofrecer al paciente explicaciones desde el comienzo equivale a taponar el enigma del síntoma. Como dice Berenguer, el analista no debe aplastar lo real con un saber que promete sentido.
2. Satisfacer la demanda imaginaria: Atender el pedido de comprensión o alivio refuerza la posición pasiva del sujeto. Recalcati advierte que no se debe dar respuesta inmediata, sino presentificar el enigma.

3. Imponer lecturas históricas: Tratar de reconstruir el malestar en función de la historia familiar o de traumas pasados puede superponer explicaciones que neutralizan la singularidad del goce (Berenguer 2018, 46).
4. Mantener una pasividad absoluta: Si el analista no interviene, “no sucede nada”. Es necesario activar el discurso, plantear preguntas, señalar contradicciones, sin imponer una dirección anticipada (Recalcati, 2017, 111-112).
5. Identificarse con un saber previo: El analista no es quien posee el saber, sino quien sostiene una función: la del sujeto supuesto saber. Si se presenta como un experto que ya sabe lo que ocurre, se produce una impostura clínica (Berenguer, 39-40).

4. Condiciones para la entrada en análisis

El pasaje a la posición de analizante no se produce por decisión técnica, sino como efecto de una serie de operaciones clínicas que deben haberse verificado en el tiempo preliminar. Recalcati menciona cinco condiciones fundamentales (2017, p.115):

1. Producción de la **rectificación subjetiva**, en sus vertientes ética y heurística.
2. Emergencia del **síntoma como enigma**, no como disfunción, estructurado como metáfora subjetiva.
3. **Articulación entre síntoma y demanda**, de la que surge la transferencia sobre un analista particular.
4. Instauración de la **transferencia simbólica**, con el analista como soporte del sujeto supuesto saber.
5. Formulación de una **hipótesis diagnóstica** estructural.

Conclusión

Las entrevistas preliminares constituyen un tiempo clínico en el que el analista, lejos de ofrecer soluciones, debe sostener un dispositivo que favorezca la emergencia del inconsciente. La entrada en análisis se produce cuando el sujeto acepta no ya buscar una cura, sino desplegar un trabajo de desciframiento e implicarse en su síntoma, no como efecto de la realidad externa, sino como producción de su deseo y su goce. Esta maniobra requiere una dirección ética rigurosa y eludir ciertas tentaciones clínicas que pueden obturar el pasaje. Solo entonces el síntoma puede devenir metáfora, el malestar volverse enigma, y el sufrimiento, vía de acceso a una verdad inconsciente.

Bibliografía

- **Berenguer, Enrie** (2018). *¿Cómo se construye un caso? Seminario teórico y práctico*. Ned Ediciones.
- **Recalcati, Massimo** (2017). *La práctica de la entrevista clínica*. Una perspectiva lacaniana. Pólvora Editorial.