

# **CONSULTA, ADMISIÓN, DERIVACIÓN**

**ADRIANA RUBISTEIN**

(CON LA COLABORACIÓN DE MÓNICA GUREVICZ)

5. El diagnóstico en la admisión	71
6. Transferencia e interpretación en la admisión	79
6.1 El problema	79
6.2 Las referencias de Freud y Lacan	79
6.3 La rectificación subjetiva ya implica una interpretación	81
6.4 ¿Cómo entender a Freud?	84
6.5 Modos de la transferencia	84
6.6 La transferencia con el admisor	85

# Capítulo 1

## Introducción y presentación del tema\*

### 1.1 Introducción

El tema que hoy presentamos pone en relación al psicoanálisis con las condiciones institucionales de su práctica.

A modo de introducción voy a mencionar brevemente algunos de los temas que nos ocuparán durante el curso y que luego retomaremos.

La *consulta* es un término que vale tanto para la institución como para el psicoanálisis.

La *admisión*, en cambio, es un término que viene más del campo semántico y discursivo de la salud pública y las instituciones. Sin embargo, todo el tema de a quién se recibe, qué es lo que se recibe, si se deriva o no, son temas que afectan también a la práctica en otros ámbitos.

En el marco institucional, la *admisión*, como término de la salud pública: “Es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde: (1) su ingreso al servicio y posterior derivación al tratamiento adecuado, (2) su derivación a otros servicios hospitalarios, o (3) no requiere tratamiento alguno”.

\*Se trata de clases dictadas durante el año 2011, en el marco del Curso de Posgrado: “Consulta, admisión, derivación” y de “Práctica Profesional. Un acercamiento a la experiencia”.

Implica, por lo tanto, un momento de toma de decisiones y un modo de articular las demandas con la oferta, que pone en juego tanto criterios de tratamiento como recursos disponibles. Se lo acepta, se lo deriva, se lo rechaza.

Pero si se piensa que el que toma o realiza la admisión tiene una formación en psicoanálisis, la admisión se vuelve un borde entre lo institucional y lo propiamente psicoanalítico. Por lo tanto, para pensar tanto la consulta como la admisión es necesario poner el acento en la posición del oyente que recibe esa consulta, esa admisión o esa derivación –con todas las complejidades que implica el hecho de que hay ciertas cuestiones institucionales que afectan este espacio en la práctica y que uno no puede desconocer.

Podemos pensar la admisión como un umbral, una puerta que se abre o no. Es un momento de pasaje, y es muy importante porque es un momento de toma de decisiones.

Así que, como primera cuestión, este tema lo vamos a pensar no desde las coordenadas de la salud pública, sino desde lo que implica la presencia de un psicoanalista allí. Y eso nos demandará recorrer los bordes entre psicoanálisis y salud pública. Y hay distintas maneras de pensar este tema. Por ejemplo, tendremos que preguntarnos qué relación hay entre las entrevistas preliminares y las entrevistas de admisión. Y hay distintas maneras de pensarlo, así que vamos a ir abriendo este espacio para el debate.

Veremos, con relación a la *consulta*, la importancia de detenerse a pensar acerca del momento subjetivo de esa consulta y todo lo que implica ese momento, que hace que alguien decida consultar y sostenga una *demanda* (cuando la sostiene). También nos encontraremos con que todas las problemáticas y las modalidades de la demanda están articuladas al motivo de la consulta. Tendremos que considerar las variaciones de la demanda teniendo en cuenta tanto el tipo de padecimiento que se pone en juego como las modalidades de la demanda según quién es el que consulta. Porque muchas veces el sujeto viene traído por alguien, no consulta por sí mismo. Por ejemplo, en los casos de niños o psicóticos.

Entonces, como primer problema, vemos que hay toda una variedad de *modos de consulta*: quién consulta, qué pide, a quién se dirige, cuándo consulta. Y una vez que pensamos el momento de la consulta, se ponen en juego, casi de un modo indisoluble, tanto la presentación de la demanda como la posición del oyente. Y hay que tener ambas en cuenta.

Del lado del que consulta hay que ubicar un sujeto o alguien, como dice Miller (Miller, 1999), que pide ser atendido, que habrá que ver si se convierte o no en paciente, y si se convierte o no en analizante. Además, hay que ubicar el momento subjetivo de alguien que por alguna razón pide una ayuda. Aquí también deberemos diferenciar lo que es la demanda de ayuda de lo que es la demanda de análisis.

Y por el lado del oyente, hay que tener en cuenta lo que a él lo determina: por un lado el tipo de dispositivo en el que recibe la consulta, ya que hay variaciones y no es lo mismo, por ejemplo, la consulta que llega a la guardia que la que llega por consultorios externos. Además, hay que tener en cuenta su formación y cuál es entonces su modo de encarnar el lugar del oyente. Según cómo se escuche, qué se escuche, cómo se recorte lo que escucha, habrá diferentes efectos y distintos caminos.

Entonces, tenemos que articular tanto lo que es la posición subjetiva del que consulta, y en qué momento, como la posición en la que se sitúa el oyente para recibir esa consulta.

Y esto introduce un segundo tema a considerar, ya que, obviamente, tiene que ver con la posición del analista y con la transferencia. La transferencia viene con la neurosis y con el que consulta. Pero será fundamental cómo se maneja esta transferencia, qué hace el oyente con la transferencia.

Habría un tercer tema, ligado al anterior, que es la *interpretación* en la admisión. La transferencia viene del paciente hacia el oyente, ¿qué se hace con esa transferencia y cómo se piensa la interpretación en el marco de la entrevista de admisión? Este es un tema muy debatido y polémico, en el cual creo que no hay acuerdo. Por suerte no lo hay, porque me parece que es un tema

que tiene sus aristas y me gustaría que lo pudiéramos pensar. Y cada uno va a ir sacando su propia conclusión.

Tenemos un cuarto tema, que se relaciona con el destino de la consulta: la *decisión de admisión y/o la derivación*. Esto a su vez implica pensar qué hay que tener en cuenta para decidir la admisión, a quién se admite, a quién se deriva; el tema del diagnóstico, el lugar del diagnóstico en la admisión, qué tipo de diagnóstico se realiza, qué valor tiene.

También vamos a hablar sobre otros temas, como son el concepto de *analizabilidad*, la *formación* del oyente y, por último, el tema de la *derivación*.

El espacio de la admisión, como ya dijimos, es un momento privilegiado de decisión para saber si se lo acepta en ese dispositivo o se lo deriva. Y si se lo deriva, hay que ver a dónde. Puede decirse que el pasaje de la admisión al tratamiento, cuando no es el admisor el que se hace cargo del tratamiento, puede considerarse ya una derivación. Quiere decir que podemos hablar de derivaciones distintas.

Y acá aparece otro tema, que es la *variedad de dispositivos de admisión*: en algunos lugares hay un equipo de admisión separado del resto de los equipos, y en otros lugares cada equipo hace su propia admisión. Además, en algunos equipos el mismo que hace la admisión toma al paciente en tratamiento, y en otros no, y entonces lo deriva. Y aquí es donde surgen las discusiones que ya mencioné acerca de si hay que interpretar o no en la admisión, y de si hay que alentar la transferencia o no con el admisor.

El modo en que se hace la derivación resulta esencial para la iniciación del tratamiento. Y es importante preguntarse de qué manera tiene que situarse el analista para hacerla. Puede derivar a su equipo o puede decidir que no inicie el tratamiento en ese dispositivo. Ya sea porque hay que internarlo, o porque hay que decidir a quién tratar. A veces, el colegio puede mandar a un niño a tratamiento, pero uno escucha en la admisión que no hay que tratar al niño sino a la madre o al padre. Además, está la opción de no aceptar la consulta, y decidir no darle curso a esa demanda

tal como llega. Acá se pone en juego la pregunta ¿qué es lo que justifica el inicio de tratamiento y en qué condiciones darle lugar a esta demanda? Puede implicar el trabajo de reformular la demanda sin por eso rechazar al sujeto.

Entonces tenemos tres caminos: uno que implica la no aceptación de esa demanda en los términos en que se presenta; otro en el que se acepta esa demanda y se le propone iniciar el tratamiento; o bien se piensa que el camino a seguir es una derivación a otro servicio, a otro hospital, etc. A veces puede pensarse en una forma mixta y dar lugar a una interconsulta, que también es una derivación a otro lugar. Es un llamado a Otro para que también intervenga.

Por otra parte, la derivación debemos pensarla en una doble vía: a dónde se lo deriva, pero también cómo llega derivado, cosa que incide en los destinos del tratamiento.

Comentario de la Lic. Mónica Gurevicz: En relación a la palabra “derivación”, incluiría el problema de que hay algo que queda a la deriva, que hace que uno a veces se pregunte por qué el paciente no volvió luego de que lo derivé. Esto podríamos pensarlo como que hubo algo que se admitió, pero que a su vez otra cosa quedó por fuera. Porque la derivación implica que el paciente acepte algo que es una decisión del analista, y que se supone que le va a hacer bien. Y en relación a cómo llega derivado, no es lo mismo que lo derive el médico clínico a que lo derive el juzgado. Hay un pedido pero no hay una demanda propia. Entonces hay que ver cómo llega, las características de esa consulta y la posición subjetiva en la que consulta.

## 1.2 La ética de la admisión

Hemos mencionado brevemente varios temas que surgen en torno a la temática que nos convoca. Me gustaría ahora mencionar el borde ético, que implica la cuestión de la admisión-

derivación. Ético, en el sentido de que la ética concierne a una decisión sobre la acción. Y la admisión implica una decisión importante, no siempre fácil de tomar. Muchas veces se pone en los lugares de admisión a la gente que recién empieza, lo cual es un problema serio, porque implica que tienen que sostener, muchas veces sin experiencia, este espacio de decisión. Ese momento de admisión, que parece tan sencillo –y que incluso en algunos lugares se transforma en una entrevista administrativa, con todas las consecuencias que ello tiene– en realidad es un lugar privilegiado, porque es el momento en el cual alguien golpea una puerta. Por lo tanto, no es un momento cualquiera para el sujeto, es el momento en que decide una demanda, en que “no puede solo” y pide ayuda.

Entonces tenemos que pensar qué se tiene en cuenta para tomar la decisión que la admisión requiere. ¿Qué variables intervienen en ella?

Una de las cuestiones a tener en cuenta es si hay riesgo o no, si se puede tratarlo ambulatoriamente o si es necesario internarlo. Es la pregunta por la urgencia, si hay que internarlo o no, medicarlo o no, si hay peligro de pasaje al acto, o si hubo *acting* que puede indicar un riesgo. Todo eso, que no es tan fácil de detectar, implica detectar también si hay un punto de angustia. Está lleno de casos en los cuales se manda a casa a una persona que al otro día se tira por el balcón.

También interviene en la decisión el tema de la evaluación diagnóstica, pero no pensada solamente como un diagnóstico de estructura, porque hay decisiones que exceden lo que es el diagnóstico de estructura. Por ejemplo, puede ser que el que consulta sea un psicótico, pero que no haya que internarlo y se pueda trabajar en forma ambulatoria con él, porque no se detecta riesgo. Y, a su vez, puede ser un neurótico que a lo mejor hay que internarlo, porque hay riesgo de pasaje al acto. Quiere decir que uno puede pensar al diagnóstico en forma estricta, pensar si es un neurótico o un psicótico, y esto tiene un valor, una eficacia, un uso, pero no alcanza para pensar lo que uno tiene que tener en cuenta al

decidir la admisión. Se necesita un diagnóstico más amplio de la posición del sujeto. Si bien el diagnóstico de estructura concierne a la posición del sujeto, hay fenómenos clínicos a tener en cuenta que no necesariamente se ligan a un tipo clínico. O incluso cosas como la existencia de una red de sostén familiar o social que alguien pueda tener, que funcione de referencia. Entonces, hay un diagnóstico que implica un sentido más amplio, que acompaña ese tiempo de decisiones a tomar en una entrevista de admisión.

Recién se mencionó la derivación, que es un término que no es del psicoanálisis, sino de la salud pública, pero que nos afecta. Y se lo ubicaba como “quedar a la deriva”. Me gusta este término, porque los que conocen la práctica hospitalaria saben de esto. Por ejemplo, muchas veces se le dice a un paciente que debe internarse, y uno comienza a buscar dónde hay camas, quién lo recibe, y encima el paciente tiene que volver a empezar todo de nuevo. Esto lo podemos tomar por el lado de las fracturas que tiene el sistema de salud, y podemos observar cómo estas fracturas afectan el espacio de reflexión en una consulta y los caminos posibles para el tratamiento.

Es importante también pensar qué se escucha en esa consulta. Seguramente no va a ser igual una entrevista de admisión tomada por un analista, que por un psiquiatra o un cognitivista. Las condiciones de quién escucha van a marcar diferencias respecto de aquello que se escucha. El analista se ubica como un oyente que no comprende, que no explica con un saber previo, que pone de entrada en juego la diferencia entre enunciado y enunciación, y la interpretación, si por ella entendemos una intervención en la cual retorna algo del propio decir del sujeto y da lugar a una “transmutación subjetiva”, como plantea Lacan en “La dirección de la cura” (1958:573). No importa la forma que tenga la interpretación, puede ser una pregunta, un corte, un gesto, pero no se trata de un simple escuchar y decirle lo que tiene que hacer, sino que hay ya un esbozo de localización de un sujeto, de subjetivación.

### 1.3 *Cómo llega el paciente. El momento de la consulta. La demanda*

Detengámonos en el sujeto que consulta. Ya mencioné al principio que el momento de la consulta no es un momento cualquiera. ¿Cómo llega el paciente? A veces llega porque subjetivamente decide hacer la consulta, y ese es un momento privilegiado. A veces llega porque lo derivaron desde otro servicio, y uno recibe una consulta pero no se sabe quién demanda y qué demanda, y ni siquiera el sujeto tiene muy claro por qué está consultando en ese momento. Es decir que nos encontramos con algo que es el tema de la *demanda*, lo que implica que alguien demande algo y las variaciones que ella toma.

Cuando alguien decide consultar, encontramos que es porque se quebró algo que al sujeto le funcionaba hasta ese momento. Muchas veces es un momento de quiebre narcisista, de ruptura de la unidad, de conmoción de los ideales, momento donde se puede producir una vacilación fantasmática, una división subjetiva. Hasta ese momento había algo que lo mantenía con una realidad con la cual se manejaba, pero en un momento, por alguna contingencia, se quiebran las soluciones subjetivas que funcionaban hasta ese momento, y el sujeto decide la consulta. Es el momento en el cual el sujeto llega al límite de decir “no puedo solo”, y articula una demanda al Otro. Por eso insisto que si lo manda otro, el colegio, el juzgado, etc., hay que ver hasta dónde se ha producido eso que indica que el sujeto decida sostener la demanda a Otro. Y hay que decidir si se toma, y en qué condiciones, a alguien que llega derivado por un juzgado con tratamiento obligatorio para estar fuera de prisión. En esos casos, es esencial escuchar si en el pedido el sujeto está involucrado con su propia demanda o es simplemente cumplir con la orden judicial para tener el papelito. El espacio de la entrevista puede ser la oportunidad de involucrarlo de otra manera.

A veces se trata de decidir quién va a ser el paciente. Sobre todo en consultas de niños, parejas o de pacientes psicóticos.

Estas decisiones, en los casos de niños, son muy importantes, porque a veces llegan derivados por la escuela, y hay que decidir si sancionar ese pedido u ofrecer entrevistas a ambos padres o a alguno de ellos, o incluir a los padres y al niño. En fin, hay variantes a definir en cada caso. Y esto implica posicionarse con independencia de criterio.

Todas estas decisiones son del orden de la ética. Uno decide cosas, hay una elección, se produce un acto y eso implica una enorme responsabilidad.

La demanda comienza siendo un pedido de ayuda; no es necesariamente una demanda de análisis, es el confrontarse con el “solo no puedo”.

El momento de la consulta no siempre coincide con el desencadenamiento de lo que puede ser la producción sintomática. Por lo tanto, parte del trabajo de admisión es ubicar por qué consulta ahora, qué se le ha vuelto insoportable, ¿un síntoma?, ¿una angustia?, ¿una vacilación fantasmática?, ¿un encuentro contingente con algo traumático? Y es importante precisar cuál fue el momento en el cual apareció aquello que lo llevó a la consulta. No siempre coincide la coyuntura dramática que lleva a la consulta y lo que se ubica como un tiempo anterior de desencadenamiento de algo en su vida, que puede ser un síntoma, o un pasaje al acto, un desencadenamiento de la neurosis o el de la psicosis.

Son interesantes, para este tema, el texto de Mónica Gurevicz y Vanina Muraro “La causa eficiente” (Gurevicz & Muraro, 2011), los textos propios sobre el desencadenamiento en la neurosis (Rubistein, 2000 & 2006) y el artículo “El analista en la admisión” (Rubistein y otros, 2008).

Por otro lado, es muy difícil poner en tratamiento a alguien que no demanda nada. Es muy interesante pensar que la demanda siempre está articulada a una falta, para que haya una demanda algo tiene que subjetivarse como falta. Y cuando eso no se da, nos encontramos con las dificultades para ver por dónde entrar en la subjetividad de ese que vino a la consulta. A mí me gusta ubicar “dónde le aprieta el zapato”, dónde le duele, por qué vino

ahora, dónde sufre. Parece una obviedad, pero cualquier posibilidad de que alguien decida darle curso a un tratamiento implica un consentimiento del sujeto. Y es muy frecuente que, entre el momento de la admisión y el inicio del tratamiento, ocurra lo que en las instituciones se llama “deserción”: que el sujeto no venga más. Así que hay que sostener todo el trabajo que implica la posibilidad de iniciación de un tratamiento. A veces los analistas tenemos la idea de que la gente consulta y que ya quieren analizarse. Y entre lo que es el momento de la consulta y lo que va a ser la posibilidad de una entrada en análisis –incluso de la iniciación de un tratamiento–, hay a veces un largo camino por recorrer.

Se trata de encontrar cuál es la demanda del sujeto si la hubiera, aun cuando no se presente claramente, y cuál es el punto de su demanda que puede causar y justificar la iniciación de un tratamiento. A veces uno da por obvio que la gente sabe que tiene que iniciarlo, pero eso no tiene nada de obvio. En relación a esto, hace unos años comentamos un caso, una urgencia que había llegado al equipo de admisión y urgencias del Hospital Belgrano. Era un paciente que había llegado traído por un taxista, porque había tenido un episodio en un taxi. Llegó a la guardia, y el equipo de guardia y urgencias era el mismo que el de admisión, entonces lo recibieron. Cuenta que estaba medicado con Alplax, y resultó que lo habían llevado preso en Brasil y había estado preso durante meses por no tener a quien llamar. Dice que tomaba medicación desde que murió la madre, y que en Brasil no le daban ni la medicación, había vivido una situación muy penosa. Y en ese momento la persona de guardia que lo atiende le dice que le va a reducir la medicación y le sugiere iniciar un tratamiento. Y el paciente no volvió más. Entonces la pregunta que surgía en ese momento era por qué no volvió, porque además había contado situaciones muy penosas en relación a su madre, a su pareja, cosas que hacían que a uno le resultara muy claro que le convenía iniciar un tratamiento. Pero no quiere decir que esto también sea claro para el que consulta.

Subrayo esto porque forma parte de lo que se hace con la consulta en este espacio de admisión. Es una puesta en forma de la demanda. No estoy hablando necesariamente del síntoma, porque al síntoma hay que ponerlo en forma para la entrada en análisis. Pero para iniciar un tratamiento, algo de la demanda tiene que sostenerse de un modo tal que se justifique que alguien pueda consentir a la iniciación de un tratamiento. Este trabajo con la demanda implica que hay alguien que tiene un hueco donde localizar algo de ese padecimiento, y forma parte del trabajo del oyente en la admisión poder encontrar ese punto de demanda y encauzarlo para un tratamiento posible. Hay casos en que es difícil encontrar ese punto de demanda que justifique que inicie un tratamiento, a veces cuesta producirlo. Y en la variedad de consultas, de un extremo al otro, hay que encontrar un modo singular de situarse allí con lo que el paciente trae, en el punto donde está, con la subjetivación de su padecimiento, y si ese punto está muy oscuro tratar de clarificarlo. En la admisión hay intervenciones, y no es sin transferencia, pero creo que el desafío es poder hacer de eso un instrumento del pasaje al tratamiento, aunque sea con otro analista.

#### 1.4 *Iniciación del tratamiento y entrada en análisis*

Conviene diferenciar la entrada en análisis, de la iniciación del tratamiento. Cuando alguien decide que al paciente se le indica un tratamiento, eso no quiere decir que entre en análisis.

La *entrada en análisis* implica ciertas coordenadas que a Lacan le interesó precisar, para que no se crea que cualquier cosa es psicoanálisis. A Lacan le interesó mucho marcar, precisar las condiciones que ponen en marcha un análisis, y diferenciar así psicoterapia y psicoanálisis. Y en este punto trató de ubicar ciertas coordenadas con las cuales él pensó ese momento en donde el trabajo analítico se pone en marcha de una manera más pura. Es un momento que, para mencionarlo rápidamente, requiere la puesta en forma de un síntoma, de un síntoma que se vuelva enigma, que

se suponga que quiere decir algo y se vuelva así síntoma analítico. Este enigma implica la suposición de inconsciente, un “quiere decir” que se sabe en otro lado. Se supone que el síntoma quiere decir algo y ese algo es inconsciente. Esto en Lacan implica también que es un síntoma que se pone en transferencia, que se dirige a Otro, y Lacan inventó el concepto de Sujeto supuesto Saber, que no es el analista sino una suposición de saber inconsciente que da lugar al análisis. Es una forma de transferencia que implica la suposición de un sujeto a ese saber y la suposición de un saber inconsciente. En estas coordenadas para la entrada en análisis es esencial el consentimiento del sujeto y la puesta en marcha de la regla fundamental, de la asociación libre, que tendrá como correlato la posición del analista en la transferencia. Se trata de movimientos subjetivos que en determinado momento precipitan las condiciones de una entrada.

¿Pero qué pasa antes de la entrada en análisis? El espacio de la admisión no es el de la entrada en análisis sino un espacio que permite que dadas ciertas condiciones, se inicie un tratamiento. Es decir que hay algo que se localiza y se admite como demanda del sujeto y se le da un destino de tratamiento.

### 1.5 Admisión y entrevistas preliminares

A ese tiempo anterior a la entrada en análisis Lacan lo llamó *entrevistas preliminares*. Y acá nos encontramos con dos términos que provienen de campos semánticos diferentes, y uno puede preguntarse si hay alguna relación entre ellos. Sobre esto hay varios malentendidos y lecturas diversas.

Cuando hablamos de *admisión* estamos ubicados en el marco hospitalario, en el discurso de la salud pública y con ese término se piensa la entrada en la institución. Pero el término *admisión* no forma parte del campo discursivo del psicoanálisis. Aun cuando los problemas relacionados a si admitir o no, forman parte de los problemas de los psicoanalistas, no hablamos de admisión sino de entrevistas. Lacan (1971-72:49) habló

de entrevistas preliminares que ponen en juego la decisión de aceptación de esa demanda: se lo toma o no se lo toma, aunque no sea esa su única función.

La admisión en el terreno hospitalario pone en relación los recursos y la oferta que se hace por parte de ese servicio, o equipo, con la demanda en juego. Entonces, el servicio define su oferta y pone restricciones, y se trata de ver si quien demanda puede ser atendido por ese servicio, si los recursos de los que se dispone permiten recibir esa demanda. ¿Se atienden psicóticos, adictos, niños?, etc.

En algunos servicios hay criterios institucionales más o menos explícitos, más o menos rígidos. Aunque quizás no tanto en los consultorios externos, donde tal vez los criterios van más por el lado del riesgo o de la ética.

Entonces, ¿qué tienen que ver las entrevistas preliminares con esto?

Para algunos la entrevista de admisión no tiene nada que ver con las entrevistas preliminares, y si el sujeto empieza el tratamiento tendrá entrevistas preliminares.

No hay que olvidar que son campos discursivos distintos. El término *entrevistas preliminares* es un término introducido por Lacan, que tiene que ver con el marco conceptual psicoanalítico, y el término *admisión* es del campo discursivo de la salud pública. Partiendo de esta diferencia me parece que el problema que se presenta es de la misma índole que lo que se nos presenta cuando nos preguntamos si se inicia el tratamiento: ¿es una psicoterapia, por estar dentro de la salud pública, o es un psicoanálisis? Creo que nos confrontamos con la intersección de dos campos, en tanto el oyente que hace la admisión puede ser un psicoanalista. Porque si hay un oyente analista, no digo que se dé siempre, pero hay una oportunidad de que algo del psicoanálisis se ponga en juego ya desde la admisión, una manera de ubicar, de escuchar, de leer esa consulta que permite recortar un campo psicoanalítico. Y en este sentido, no sé si podemos hablar de entrevista preliminar, pero sí hay una entrevista con un analista ya en el terreno

mismo de la admisión. Y no es lo mismo una entrevista de admisión hecha por un psicoanalista, que una entrevista de admisión hecha por un psiquiatra o por un cognitivista o un sistémico. El oyente es esencial. Y entonces lo que desde la perspectiva de la salud pública es entrevista de admisión, desde la perspectiva del psicoanálisis es entrevista con un analista y quizás *après-coup*, en algunos casos, pueda pensarse que ya constituye un tiempo de entrevistas preliminares.

Lo de preliminar ha tenido sus bemoles, porque aparece la pregunta: ¿preliminar a qué? Lacan lo pensaba como previo a una entrada en análisis. Lacan usa el término una vez, en “El saber del psicoanalista”, recientemente publicado como *Hablo a las paredes*, y dice que nos damos el tiempo de lo que llamamos entrevistas preliminares antes del pasaje del sujeto al diván. A Lacan le importó mucho distinguir psicoanálisis de psicoterapias, y no llamar psicoanálisis a cualquier cosa, sino precisar sus condiciones. No le alcanzaba con la descripción de que el paciente estaba en el diván para decir que el paciente estaba en análisis. O sea que lo esencial del análisis para Lacan no depende del encuadre, depende de lo que se articule como discurso allí. Y eso está ligado a la condición del oyente. Entonces, en este debate con los posfreudianos, él quiere distinguir un momento que llamó “entrada en análisis”. Les recomiendo que revisen todo lo que saben de las condiciones más puras de entrada en análisis; a qué llamó Lacan “entrada en análisis”.

Lacan decía que acá se ponía en juego el trabajo del analista. Y llamó “entrevistas preliminares” –preliminares a la entrada en análisis– a ese tiempo variable de entrevistas, que a veces es una y a veces son muchas, que es un tiempo en el que a veces es posible producir un síntoma analítico y una entrada en análisis.

Pero la palabra “preliminares” vale si el paciente entra en análisis. Pero no siempre hay entrada en análisis, y entonces ¿cómo llamar a ese tiempo previo? Y si no hubo entrada ¿acaso esas entrevistas no sirvieron para nada? Hay que tener cuidado de no degradar ese tiempo de entrevistas. En una época se pensaba que

lo único importante de las entrevistas preliminares era preparar la entrada en análisis. Si la entrada en análisis no se producía, entonces ese tiempo pasaba a ser una cosa menor. Justamente, me parece que la extensión del psicoanálisis en las instituciones y las modalidades tan variadas de la demanda hacen que uno tenga que pensar que, aún en los encuentros que no llegan a ser entradas en análisis propiamente dichas, hay efectos del encuentro con un analista. Me gusta hablar entonces de entrevistas con un analista y pensar que algo del análisis circula por allí y pueden producirse efectos analíticos ya en el marco de una admisión.

Hay un texto en el que retomo este tema que me parece esencial (Rubistein, 2004), dado el valor que tiene el encuentro con un analista y los efectos que pueden producirse incluso en una sola entrevista.

El texto de Miller “Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico” (Miller, 1999), nos trae una perspectiva muy interesante, porque pone el acento también en el encuentro con un psicoanalista. Tomaremos este texto con más detalle más adelante.

Y podríamos decir que ese encuentro se puede producir ya en el momento de una admisión. Entonces, no sabemos si eso es preliminar a un análisis, pero son entrevistas con un psicoanalista. No nos olvidemos que, a veces, un único encuentro ya puede producir efectos. Uno espera que el paciente siga viniendo, pero no sabe si lo va a hacer, entonces hay algo del orden de la oportunidad, donde están implicados ese espacio de encuentro con un analista y un momento subjetivo que, como decíamos antes, es un momento único. Y hay algo del análisis que se juega ya de entrada en el momento en que se recibe el llamado. Es un análisis en sentido amplio, es un encuentro con un analista, y habría que pensar qué quiere decir eso. Justamente, porque no pensamos que la división entre psicoanálisis y psicoterapias se juegue en términos de un encuadre.

La pregunta que nos va a acompañar es: si digo que el psicoanálisis no es una terapéutica como las demás: ¿en qué se sostiene la diferencia? Es una diferencia que no depende del encuadre: no

depende de que esté en diván ni de que el paciente concurra tres veces por semana, de ningún estándar de los que se plantean a veces para el análisis. Depende fundamentalmente del modo en el cual se posiciona el oyente y en la instalación de un discurso. Lo que quiero subrayar es que hay que pensar por qué vamos a decir que, aun en la admisión, el encuentro con un psicoanalista puede hacer de una consulta algo diferente. Esto depende de la escucha, y el oyente analista, aun en una consulta inicial de admisión, tiene en cuenta la diferencia entre enunciado y enunciación, o entre dicho y decir. La manera de escuchar este texto implica que por lo menos hay una cierta ruptura entre el yo que habla y eso que habla en el equívoco, donde podemos localizar al sujeto.

En *Introducción al método psicoanalítico*, Miller (1997) dice que en el momento de la consulta hay una operación de subjetivación, ya incluida en el diagnóstico mismo. Lo que quiero subrayar aquí es que hay algo que implica suponer sujeto, suponer algo que no es el yo. Sobre todo en la primera enseñanza de Lacan está acentuada esta diferencia. Igualmente, la definición que Lacan hace entre dicho y decir es de la última enseñanza, así que vemos que hay algo que se mantiene, que es esto de no quedarse con el dicho, sino escuchar allí el decir.

Y hay otra definición del comienzo de la enseñanza de Lacan, que es la diferencia entre necesidad, demanda y deseo. Este es un tema que no pierde su valor, porque no hay que confundir demanda con deseo. Hay un texto, que seguramente leyeron, que se llama "Psicoanálisis y medicina" (Lacan, 1966), donde Lacan dice que la gente puede venir y decir que quiere curarse, pero a lo mejor lo que desea es que lo mantengamos en su lugar de enfermo. Entonces, que alguien diga tal cosa o tal otra no asegura que eso se sostenga como un deseo.

Seguramente no agotamos la cuestión con esto que estoy diciendo ahora, pero son conceptos básicos a los cuales vamos a ir dándoles valor cuando hablemos de escuchar de otra manera, de no confundir demanda con deseo, etc. Y si nos situamos en una enseñanza de Lacan orientada por lo real, se escucha algo que

implica tratar de localizar no solamente la distinción demanda-deseo sino algo que nos permita ubicar cuál es el modo de gozar. Por supuesto que no vamos a decirle al paciente en una primera entrevista de admisión "mire cómo goza", pero tenemos la suposición de que hay algo de lo que le hace sufrir, que puede tener el carácter de un modo de gozar. Algo que es desconocido para el paciente y que no lo quiere ceder. Así que se trata, ya de entrada, de algo que implica de qué manera el sujeto queda concernido en eso de lo que sufre, y de qué manera ha respondido al encuentro con lo real.

¿A qué llamamos diagnóstico? Podríamos aproximar una idea, tomando la última enseñanza de Lacan, de que las distintas estructuras clínicas ya son modos de respuesta ante el encuentro con un real imposible. Se trata de un real que, en la última enseñanza Lacan lo va a llamar la castración real, o lo imposible de la relación sexual. Es decir que se trata de algo que no cesa de no escribirse. Y se trata de ver cómo se inscribe el modo de gozar en ese agujero de lo que no hay. Y en definitiva, cuando nos encontramos con un sujeto en una consulta, lo que va surgiendo son los distintos modos con los cuales cada sujeto ha armado su subjetividad para hacer soportable lo insoportable de lo real. Esto parece que estuviera lejos de la entrevista de admisión, pero no es así. Porque es muy diferente sostener una entrevista de admisión tratando de escuchar cómo ha respondido el sujeto frente a ese encuentro con lo real, cuáles han sido sus defensas, sus inhibiciones, sus síntomas, de qué manera ha armado su subjetividad (suponiendo que eso ya es respuesta), que estar atento a las funciones yoicas y su funcionamiento.

Las respuestas del sujeto son soluciones que el sujeto encontró, pero cuando consulta es porque hay algo de esa solución que fracasa, es decir que el momento de una consulta es el resultado del fracaso previo de una respuesta. Alguna defensa que fue su modo de funcionamiento fracasa y no le permite reducir la angustia. En todo caso, con lo que nos encontramos al momento de la consulta, es con algo que implica tratar de ubicar cuáles

han sido las soluciones en el sujeto, en qué punto fracasan, qué las hace fracasar, qué es lo que se desencadena. Esta es una forma de escuchar el texto, y es bien distinta de lo que puede hacer el DSM-IV, que es buscar el trastorno a partir de indicadores “objetivos”. Y esto va a permitir ubicar en el texto del paciente, algo que sostenga un deseo de meterse con eso y hacer algo con eso que lo hace sufrir. Así que tiene que haber algo que aparezca como fractura, como división. Por un lado, esto hay que producirlo, y por otro lado también hay que pescarlo. Hay momentos en los cuales nos encontramos frente a discursos muy cerrados, muy yóicos, muy resistentes, hay que estar atentos al punto donde eso se quiebra. Porque es ahí donde uno puede captar y aprovechar la oportunidad de producir la división subjetiva y atravesar el plano del yo en dirección al inconsciente. Si no hay analista allí, corremos el riesgo de que el sujeto quede objetivado, quede encasillado en una categoría, y se piense cuál es el tratamiento para esa categoría.

Comentario de la Lic. Mónica Gurevicz: Creo que estamos acostumbrados a escuchar sobre el desencadenamiento en la psicosis, pero también hay que tener en cuenta esto para la neurosis. Y hay que ver el momento en que se consulta, que no siempre coincide con el momento de desencadenamiento de los síntomas. Hay un texto breve de Freud que se llama “Sobre los tipos de contracción de la neurosis” (Freud, 1912) donde aparece el tema del ocasionamiento. Uno puede tomarlo como un dato o lo puede tomar como este momento de encuentro que rompió lo que Freud llama “el estado neurótico común”. ¿Y qué aportaría la escucha psicoanalítica a esto? No es lo mismo pensar que había una solución y que fracasó ante un determinado encuentro. Uno piensa: “¿Cuál fue la gota que rebalsó el vaso?” A veces es algo que se rompió y que se vuelve a armar y a sostener, y otras, es algo que al paciente mismo le resulta inadmisibile y ya no lo aguanta más.

Lic. Adriana Rubistein: Puede pensarse en relación a lo que Freud llamaba “la situación traumática desencadenante”, que es eso que hace que en determinado momento, algunos de los mecanismos habituales fracasen.

Comentario de la Lic. Mónica Gurevicz: Este tema de los ocasionamientos es necesario ubicarlo, porque le da otro tenor al tema del motivo de consulta. Para pensarlo, pueden tomar a Lacan, que en *El Seminario 3* (Lacan, 1955-56) trabaja un caso de histeria masculina, y habla de cuáles fueron las coordenadas de desencadenamiento o del estallido del síntoma neurótico.