

## INDICACIÓN DE PSICOANÁLISIS Y NIVELES DE INVESTIGACIÓN. OBJETIVIDAD Y SUBJETIVIDAD

Antonio Pérez-Sánchez

### *Introducción*

Desde hace un tiempo preocupa la falta de indicaciones de análisis, (informe de Brauer y Baruer, 1996, citado por Ehrlich, 2004). Se aducen factores económicos, más acusados en unos países que en otros, así como, elementos socioculturales relacionados con un menor prestigio del psicoanálisis y una mayor competencia por el crecimiento de alternativas terapéuticas en Salud Mental. Pero ha ido cobrando fuerza pensar que un factor importante es la pérdida de entusiasmo por parte de los analistas en recomendar el psicoanálisis, dadas sus propias resistencias y menor confianza en el método psicoanalítico. Así que muchos de los estudios recientes se orientan en este sentido.

La revisión de la bibliografía sobre cómo conseguir más indicaciones de análisis, suscita una serie de reflexiones. Hay bastante consenso en que los estudios para determinar un perfil del paciente idóneo para el psicoanálisis han constituido un fracaso. Es decir, no existen criterios de “analizabilidad” fiables que garanticen que un paciente con determinadas características psicopatológicas y de personalidad sea apto para el análisis. En consecuencia, las investigaciones han puesto el acento en el analista, en el examen de la contratransferencia durante las primeras entrevistas como un factor determinante. Esto nos ha proporcionado un mayor conocimiento de las resistencias del analista, pero existe el riesgo de que si antes solo se tenía en cuenta el “factor paciente”, ahora se sobrevalore el “factor analista”, cayendo en un exceso de *subjetivismo*. Para

salvar estos extremos surge la propuesta de centrar el estudio de las primeras entrevistas en *la pareja analítica*.

En esta línea se encuentra la obra *El comienzo del análisis. Sobre los procesos en el inicio del psicoanálisis* (*Beginning analysis. On the processes of initiating psychoanalysis*, Reith et al., 2018), resultado de la investigación realizada por un grupo de analistas en el marco de la Federación Europea de Psicoanalistas (FEP), que tomaré como ejemplo muy significativo para ilustrar mis reflexiones sobre el tema. Mostraré sus aportaciones, con cierto detalle, dado que la obra aún no ha sido traducida del inglés.

En primer lugar, a la pregunta de cómo ofrecer una indicación de análisis, la investigación encontró que las respuestas desde diferentes modelos teóricos y técnicos conducían igualmente a resultados positivos. Aunque para homogeneizar este resultado, hubo que determinar unos mínimos, pasando por alto las diferencias. Unos mínimos tan escasos que podría reducirse al principio de que *la indicación de un psicoanálisis depende de si la pareja analítica encaja para trabajar conjuntamente*. Es decir, algo muy subjetivo y poco preciso, que además no se corresponde con la bibliografía reciente, con aportaciones más ricas. Esto lleva a plantearnos que este nivel de investigación transversal entre modelos distintos, inevitablemente, ha de ser insuficiente y, por lo tanto, aun siendo válido, necesitamos además un nivel de investigación que corresponda al de las aportaciones de los analistas individuales a partir de su propio marco teórico. Mostrar este aspecto es también uno de los objetivos del presente artículo.

### *I. Perspectivas recientes sobre la dinámica de las primeras entrevistas y la indicación de análisis*

El equipo de psicoanalistas de la FEP planteó la investigación con los siguientes objetivos iniciales:

1) Explorar y estudiar las maneras de percibir, comprender y ofrecer un tratamiento psicoanalítico en varias subculturas psicoanalíticas, y 2) desarrollar y compartir entre los psicoanalistas la habilidad sobre cómo transmitir al paciente algo de la experiencia del tratamiento psicoanalítico.

Para ello sería necesario describir esta habilidad en términos clínicos y teóricos desde las respectivas tradiciones psicoanalíticas, para finalmente integrarlo en el currículo académico del futuro psicoanalista (Reith et al., 2018). La investigación trata de impulsar un *círculo beneficioso*: “una mayor comprensión del proceso de inicio de un análisis conducirá a comienzos significativos, a incrementar el número de clínicos con experiencia, así como se podrá disponer de más oportunidades para la investigación clínica y para mejorar la información al público general” (Reith et al., 2018).

Avanzada la investigación, revisaron la bibliografía más destacada publicada hasta el momento y, a fin de contextualizar teóricamente los resultados de la misma, la recopilaron y editaron en otro volumen que lleva por título *Inicio del psicoanálisis. Perspectivas*<sup>1</sup> (Reith et al., 2012). La selección de los artículos está determinada por los hallazgos obtenidos en la investigación y se resume así: a) la presencia, en todas las primeras entrevistas estudiadas, de una intensa fuerza de la dinámica inconsciente que catalogan de “tormenta”; b) esta “tormenta” supone una especial carga para el analista que, si la puede soportar, aunque no la comprenda de momento y aceptando la confusión consiguiente, le permitirá luego entender algo sobre la dinámica que está en juego; c) lo que el analista explora en dichas situaciones no es la estructura psicodinámica y “analizabilidad” del paciente, sino la habilidad de la pareja analítica para “enfrentar” la “tormenta” en lugar de evitarla.

Aunque el analista no desconoce la estructura del paciente, está más interesado en si el paciente y el analista pueden trabajar juntos. Otro criterio para seleccionar los artículos fue el estudio de los elementos *internos*, refiriéndose a las dudas respecto al propio trabajo en el seno de una determinada comunidad psicoanalítica. También procuraron que la selección fuera lo más representativa posible de diferentes culturas psicoanalíticas, incluyendo las tradiciones europeas y norteamericana fundamentalmente; y dentro de la europea, la francesa, la italiana y la alemana. Por último, tuvieron en cuenta que *exista una buena descripción de la conceptualización del proceso psicoanalítico acorde con el nuevo milenio*. Es decir, artículos que tratan “sobre la

---

<sup>1</sup> *Initiating psychoanalysis: Perspectives*. Las citas que corresponden al original inglés, y la traducción es del autor.

dinámica inconsciente de la transferencia y contratransferencia, presentes de manera inexorable en toda demanda” (Reith et al., 2012). También sostienen “que los hallazgos del WIPP<sup>2</sup> forman parte de un cambio de perspectiva más general, no solo desde una psicología de una persona a otra psicología relacional [sic], sino también del positivismo a la fenomenología, de la objetividad a la subjetividad y la intersubjetividad, y de los datos analíticos a ser descubiertos a los datos analíticos a ser *creados* en la interacción analítica”. Más adelante discutiré esta cuestión.

Este volumen consta de varias secciones, cada una agrupa los artículos en función del tema que trata. *Consulta y derivación*, incluye varios aspectos: la diferencia entre “evaluación” (*assessment*) y “demanda” (*consultation*), el trabajo en instituciones psicoanalíticas, preparar al paciente para un psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica, y la derivación por parte del analista que efectúa la entrevista a otro profesional. Estos trabajos señalan el error ya mencionado de tomar en consideración tan solo el “factor paciente” para evaluar su “analizabilidad” y, por tanto, enfatizan la necesidad de incluir al analista. Otra sección, *La lucha del analista en la experiencia de las entrevistas iniciales*, profundiza sobre la dinámica inconsciente de las primeras entrevistas. Estos artículos insisten también en que las primeras entrevistas no se pueden basar exclusivamente en la evaluación y analizabilidad del paciente, sino que “debe comprenderse en términos de las habilidades *subjetivas* del analista para soportar las reacciones contratransferenciales más primitivas y elaborarlas” (Reith et al., 2012). La sección *¿Atreverse o resistirse a iniciar el análisis?* agrupa textos que centran la responsabilidad de la falta de pacientes para el análisis en las resistencias de los propios analistas. En la introducción general de la obra, los compiladores dicen que las entrevistas iniciales para la indicación de análisis son diferentes de las entrevistas ordinarias, la psiquiátrica y la psicológica, así como de la sesión analítica. Este último punto será una de las contradicciones que discutiré más adelante, ya que por otro lado los autores de la investigación sostienen que las entrevistas “psicoanalíticas” constituyen el inicio del proceso analítico.

Haré una síntesis de los artículos más significativos de la obra con mis comentarios.

---

<sup>2</sup> Working Parting on Initiating Psychoanalysis, Grupos de trabajo sobre el inicio del psicoanálisis.

J. Klauber (1972)<sup>3</sup>, en su artículo *Actitudes personales en la entrevista psicoanalítica*, advierte sobre la futilidad de realizar un listado de criterios para la selección adecuada de un paciente para análisis. Se centra sobre todo en cómo se despliega la interacción entre consultante y paciente en el encuadre de las primeras entrevistas. El objetivo de la consulta es que el paciente tenga una cierta experiencia del psicoanálisis dentro de este específico encuadre. Una entrevista exitosa “ofrecerá explicaciones e interpretaciones, a modo de prueba, suficientes para proporcionar a los pacientes una muestra del proceso emocional e intelectual que comporta”. Recomienda explorar la naturaleza de la motivación (consciente e inconsciente), factor esencial que define la entrevista. En el sentido de que las fuerzas psíquicas inhibitorias accedan también a la entrevista junto a la demanda de ayuda. Otro balance de fuerzas en la motivación es, por un lado, el de la viabilidad del cambio psíquico del paciente y, por otro, que su situación vital actual no lo obstaculice. Es un factor favorable para el tratamiento la capacidad del paciente para comunicarse a niveles más profundos. Subraya la gran responsabilidad de este tipo de entrevistas, y añade que es una técnica específica, por lo que es contrario a las entrevistas cortas o pretender convertirlas en una sesión analítica. La primera entrevista necesita tiempo, pues se trata del encuentro de dos personas desconocidas, con lo que esto implica a nivel de resonancia emocional (que califica de traumática), al explorar la motivación de la demanda. En la práctica supone una hora y tres cuartos, es decir, alejado de los cuarenta y cinco o cincuenta minutos de la sesión analítica. Por esta intensidad emocional, recomienda una actitud cuidadosa en el entrevistador, como no dejar demasiado solo al paciente, ni culpabilizarlo con lo que se le dice (Reith et al., 2014). La entrevista debe estar dirigida en primer lugar a las funciones yoicas del paciente.

Concuerdo que centrar la atención en el despliegue de la *interacción* entre paciente y consultante muestra bastantes aspectos del funcionamiento psíquico del paciente. También que es necesario diferenciar los objetivos y técnica de las primeras entrevistas de los de la sesión analítica. Posición que le distancia de la adoptada por el equipo del WPIP, para quien con las

---

<sup>3</sup> El año de referencia corresponde al de la primera publicación de cada artículo. Como he dicho, todos ellos aparecen ahora recogidos en el volumen *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, de 2012.

entrevistas preliminares se inicia el proceso analítico. El autor ofrece argumentos para mostrar que su “actitud personal” no es una simple apreciación subjetiva sino que se sustenta en su concepción psicoanalítica de la mente.

Jean-Luis Baldacci y Christine Bouchard en su artículo *El encuentro analítico. Una perspectiva histórica y orientada hacia el proceso*, muestran el enfoque de las primeras entrevistas, basándose en su experiencia en centros de tratamiento y consulta psicoanalítica. La mayoría de las primeras entrevistas se realizaron para evaluar la indicación de análisis y luego derivar al paciente a otro psicoanalista. La idea fundamental del artículo es introducir la importancia del “tercero” en las entrevistas preliminares. Según los autores, ciertos modos de funcionamiento psíquico, para que sea posible una *objetalización (objectification)*, requieren un tercero (una institución, servicios asistenciales públicos, separación de las funciones del consultante de la del psicoanalista), esto facilitaría los movimientos de identificación y des-identificación necesarios para la triangulación psíquica. Este *tercero* suele estar referido a la institución, es decir, a una realidad externa diferente de la del analista que hace la entrevista. Los autores describen la secuencia siguiente: la entrevista del consultor con el paciente; la discusión con otros colegas de la misma institución, que representan al “tercero”; y, finalmente, la visita del consultor con el paciente para formular la indicación y la derivación a otro analista. Según Alain Gibeault (2012), este artículo es representativo de la orientación francesa, también al considerar varios encuadres posibles en los que cabe desarrollar un *proceso analítico* (Reith et al., 2012). Parece que la idea de “proceso” de los analistas franceses está centrada en la adquisición de la triangulación psíquica. Y en el caso de los pacientes más perturbados, con dificultades de simbolización, necesitarán de un “tercero” en la realidad externa. Por eso admiten que hay muchas formas de encuadre, diferentes del estándar, en los que se puede desarrollar un “proceso psicoanalítico”. Y ahí cabe incluir desde el psicodrama a una psicoterapia psicoanalítica. Postura distinta de cómo muchos entendemos el proceso analítico en la relación paciente/analista.

S. Bolognini (2006) titula su artículo *La profesión del conductor del traspordador (ferryman). Consideraciones de la actitud interna del analista en las consultas de derivación*. Como

indica el título, se trata de las primeras entrevistas realizadas por un analista para luego derivar al paciente a otro colega. Dos personas desconocidas se encuentran, pero uno, el analista, ha de adoptar una posición receptiva o “cóncava” [sic] para darle espacio al paciente y permitirle pensar sobre sí mismo. Es necesario que el analista experimente curiosidad, y asuma los deseos y temores implícitos en el encuentro con este desconocido. El analista intenta una “identificación parcial y consciente con el paciente”. El tipo de enfoque analítico se basa en una experiencia emocional de contacto con el paciente y con los objetos internos del analista, conjuntamente con el trabajo del yo del analista, para no quedar demasiado implicado puesto que lo derivará.

Parece que el autor coincide con Klauber en dirigirse a las funciones yoicas del paciente. También en que las primeras entrevistas no ofrecen las condiciones necesarias para que se inicie un “proceso analítico”.

T.H. Ogden (1992), en *Comentarios sobre la transferencia y la contratransferencia en el encuentro analítico inicial*, indica que no todos los pacientes son aptos para análisis y la limitación viene determinada por la habilidad de cada analista en manejar la contratransferencia, uno de los indicadores más importantes de un proyecto analítico con el paciente. Para Ogden es condición necesaria abrir un espacio analítico en el que invitar al paciente a considerar el significado de su experiencia con especial referencia a la transferencia y contratransferencia. También desapruaba que las primeras entrevistas sean un “período de evaluación” del paciente, porque coloca a éste en una actitud pasiva. Se trata más bien de una interacción en la que dos personas tratan de generar significado analítico. La mejor manera de transmitir al paciente en qué consiste un análisis es *comportarse como un analista*. Y, de acuerdo con esto, la función de las primeras entrevistas implica el *inicio del proceso analítico* y no solamente una preparación al mismo. Si el paciente no ha evidenciado su ansiedad en la transferencia no le parece un encuentro completo. Lo que constituye el espacio analítico es específico de cada pareja analítica. Desestima el valor de la historia del paciente aunque le deja hablar sobre la misma, y si hay alguna ausencia, por ejemplo que no habló del padre, se lo señala. Pero le concede más importancia a la historia “creada” a

través de la experiencia de la transferencia y contratransferencia. Aunque, dice luego, ambas formas de historia se encuentran entrelazadas.

Coincido en la importancia concedida a observar la interacción entre paciente y analista, en función de la transferencia y la contratransferencia. Pero me parece contradictoria la infravaloración de la “evaluación” del paciente (su psicopatología e historia). Para valorar la experiencia de la T/CT “aquí y ahora” hemos de contrastarlo con la “versión” que el paciente ofrece de su historia de relaciones de objeto. El mismo Ogden lo indica de pasada: ambas historias estarán entrelazadas. Y tampoco necesariamente ha de comportar fomentar la pasividad del paciente. *Comportarse como analista*, puede implicar una *actitud analítica básica*, necesaria en la entrevista, o una *actitud interpretativa*, secundaria en la misma. De ahí mi desacuerdo con que las primeras entrevistas inicien del “proceso” analítico.

El artículo de J. Dantlgraber, *Observaciones sobre la indicación subjetiva en psicoanálisis* (1982) marca un giro importante en la técnica de la entrevista psicoanalítica, y se suma al estudio sistemático efectuado por H. Argelander y su equipo de Frankfurt, según comenta Wegner en la introducción al trabajo. Así pues, proponen integrar en las entrevistas los datos procedentes de tres fuentes: la información objetiva, la información subjetiva y la información escénica y de la situación. Esta última, al ser difícil de recoger no se ha tenido en cuenta hasta ahora, a pesar de la riqueza que proporciona para el pronóstico del proceso terapéutico. La “indicación subjetiva de psicoanálisis” —dice Dantlgraber— requiere que el paciente cumpla una serie de condiciones. Que en la primera entrevista sea capaz de “actualizar” la transferencia con un contenido dinámico que el analista pueda reconocer y luego formular en una interpretación de prueba. Para ello el paciente ha de catectizar al analista, lo que demanda a su vez del analista una actitud activa de catectizar al paciente. Esta “catexis recíproca” entre paciente y analista, que permite una fusión interna simbiótica entre el objeto primordial y el analista, es necesaria para la “indicación subjetiva”. Si el analista frustra dicha fusión mediante la interpretación o cierto distanciamiento, genera dolor en el paciente y su reacción ante ello. La tolerancia del paciente al dolor psíquico es otro aspecto a considerar en la indicación subjetiva. Esta sería una experiencia de prueba que el



analista vive con el paciente, y un criterio positivo para la indicación. Los objetivos del análisis consisten en ayudar al paciente a salir del círculo vicioso de una relación simbiótica y, por tanto, a su emancipación. Ante esto, describe la posición del analista basándose en los conceptos de identificación concordante y complementaria (Racker, 1960), que deben coexistir en las primeras entrevistas, dando lugar a un fenómeno que denomina “relación triádica empática”. En la mente del analista se representa una relación triangular constituida por los siguientes factores: en la identificación concordante, el paciente es representado por su yo actual (proyectado en el analista) y en la identificación complementaria el analista es representado como el objeto transferencial. Para diferenciar estas formas de identificación se requiere de la “escisión terapéutica del yo”, para que el analista se coloque en una posición al margen que le permite detectar cada una de las díadas representadas en su mente. Con ello, se está refiriendo al papel del “tercero” (el padre). Así que en el analista tiene lugar un diálogo interno entre su *self-ego* y su función analítica (que actúa de acuerdo con el principio de realidad), un modelo con el que puede identificarse el paciente poco a poco. En la *indicación subjetiva* el foco central es la contratransferencia y, en especial, la identificación concordante o empatía.

Coincido bastante con el enfoque de Dantlgraber. El título puede prestarse a equívoco, al dar la impresión de que el autor está a favor de una indicación *subjetiva* en exclusividad. Espero que la síntesis expuesta lo aclare. En primer lugar, no desdeña los datos “objetivos” procedentes de la historia clínica y personal del paciente. Los tiene en cuenta, aunque estos quedan supeditados a lo que se observa en la relación T/CT y concede importancia a la situación emocional entre paciente y analista. Su soporte teórico en las ideas de Racker me parecen convincentes y las comparto en gran medida. En cuanto a la propuesta de las tres fuentes de datos del grupo de Frankfurt, es próxima a la que yo defiendo (Pérez-Sánchez, 2006) aunque formulada de otra manera. Mi sugerencia incluye: 1) los síntomas y psicopatología que el paciente aporta a la consulta; 2) los datos biográficos; y 3) los datos proporcionados por la misma relación entre paciente y analista durante la entrevista, que podría corresponder a lo que ellos denominan “información escénica y

situacional”. Por otra parte, más que de integración de los datos, prefiero hablar de contrastación, si existe convergencia o divergencia entre ellos, es decir, el grado de disociación e “insinceridad”.

P. Wegner (1992), también del grupo de Frankfurt, en su artículo *La escena de apertura y la importancia de la contratransferencia en la entrevista psicoanalítica inicial*, se adhiere a la necesidad de integrar los datos procedentes de las tres fuentes para tener una imagen fiable de la personalidad y trastornos del paciente. Considera importante la información situacional o escénica que posteriormente puede conectarse con los otros datos. Define la *escena de apertura* como la totalidad de la interacción entre analista y paciente, ocurrida desde el saludo personal hasta el comienzo de la entrevista, bajo las condiciones de base psicoanalítica que se le ofrecen. “La totalidad de la interacción” incluye las acciones verbales y no verbales, toda comunicación directa e indirecta, así como todos los procesos psíquicos, conscientes, preconsciouses e inconscientes del analista y del paciente. Destaca también la importancia de la contratransferencia. El analista, además de diagnosticar e intervenir, debe observarse a sí mismo como parte de la interacción. La dinámica de esta observación comporta varios vectores: la *atención libre flotante* (Freud); la *respuesta interna libre flotante* (*free floating responsiveness*) (J. Sandler, 1976); y la “introspección libre flotante”. Esta última se diferencia de la atención flotante por su direccionalidad y, sobre todo, por estar conectada con la identificación con el método psicoanalítico. Y termina: “El análisis sistemático de la contratransferencia es, por lo tanto, un componente clave de la técnica moderna de las entrevistas” (Reith et al., 2012), a fin de ganar más libertad para acceder a la ansiedad generada por las entrevistas iniciales con el paciente y comprenderlo mejor.

Concuerdo con Wegner en la importancia del análisis de la contratransferencia, pero también en no desestimar los datos de la historia clínica y biográfica.

*La cuarta parte* de la obra recoge estudios sobre las resistencias del propio analista, dada la intensidad emocional, la “tormenta” inevitable de las primeras entrevistas. El artículo del analista americano A. Rothstein (1994), *Una perspectiva de consulta psicoanalítica y la recomendación de análisis a un potencial analizando*, critica que sea necesario para la indicación de análisis un examen y diagnóstico del paciente (referido al ámbito psicoanalítico de EEUU,

diagnóstico del DSM americano). También critica el criterio restrictivo (del mismo colectivo) de la indicación de análisis. Dicho esto, propone sus principios: a) la actitud del analista de que todo paciente es potencialmente analizable; b) esta actitud optimista ante la indicación de análisis influye en su capacidad de ayudar al paciente para una colaboración psicoanalítica fructífera; y c) propone un *análisis de prueba*, para verificar si el paciente es analizable o no, período que puede durar meses o años (¡!). Si hemos de hablar de diagnóstico, desde el punto de vista psicoanalítico —dice— no se trataría sino de indicadores descriptivos a analizar en la transferencia y la contratransferencia. El autor agrupa los pacientes en función de tres descriptores: 1) inhibidos; 2) con tendencia al *enactment* y 3) muy trastornados o perturbados. Comenta que evita estos últimos porque siente que pueden inducir “tendencias contratransferenciales que *interfieran con su habilidad para mantener una actitud analítica adecuada*”. Describe seis viñetas clínicas de indicaciones de análisis: cuatro de los pacientes habían recibido tratamientos analíticos o psicoterapias con otros analistas, y los dos restantes consultan por primera vez, y, debido a su gravedad, solo puede iniciar una psicoterapia que piensa transformar en análisis más adelante.

Sorprende que el factor fundamental para que el paciente acepte la recomendación de análisis sea la *actitud optimista del analista*. Tal optimismo debe basarse en su confianza en el método analítico; en caso contrario, quedaría en un mero deseo del analista. Aun así, parece demasiado subjetiva. Subjetividad reflejada también en descartar aquellos pacientes que susciten una *contratransferencia que le impida mantener la actitud analítica*. Algo no sostenible si se generaliza, pues si bien la contratransferencia interfiere, al mismo tiempo es fuente de información del paciente y/o de la interacción de éste con el analista. Que el “análisis de prueba” sea el determinante de la indicación, convierte en infructuoso todo esfuerzo de sistematización de los factores que influyen en ella. Es plausible la idea de la psicoterapia como una forma de ayudar al paciente a vencer las resistencias al análisis.

C. David (1998), en su artículo *¿Bajo qué encuadre mental deberían enfocarse las primeras entrevistas?*, considera que éstas son diferentes de las entrevistas ordinarias y también de la sesión analítica; son un espacio ambiguo, y surgen de la co-creación del inconsciente del analista y

el del paciente. Al mismo tiempo es un espacio asimétrico. El autor critica la obsesión por los criterios de analizabilidad, pues limitan su libertad para estar más disponible a lo que encuentre en el paciente. La actitud mental del analista estructura, en buena medida, lo que ocurrirá durante la entrevista. Dicho de otra manera, el “espíritu” con el que el analista se dirige al paciente juega un papel muy importante respecto de los resultados de la entrevista.

El hecho de diferenciar entre entrevista y “sesión analítica”, apoyaría la idea de que no puede ponerse en marcha un proceso analítico durante estos primeros encuentros. También se une a los autores que consideran que la actitud del analista determina, en parte, el curso de la entrevista, en cuanto favorecer la indicación analítica.

Es interesante la aportación de D. Quinodoz (2001) bajo el título, *El psicoanálisis del futuro. Lo suficientemente sensato para atreverse a estar loco, a veces*. La autora considera que el futuro del psicoanálisis no pelagra si realmente los analistas estamos dispuestos a aceptar los pacientes difíciles, que ella denomina *heterogéneos*. Es decir, aquellos en los que coexisten aspectos primitivos con otros más desarrollados, aspectos neuróticos con psicóticos. Para establecer la indicación de estos pacientes es necesario no solo la evaluación de su potencial “analizabilidad” — no siempre acertada— sino también que el analista se sienta capaz de ofrecerle al paciente un psicoanálisis. Esto implica que el analista reconozca los mecanismos psíquicos primitivos del paciente, estando atento al lenguaje corporal para lo cual necesitará descubrir los propios aspectos locos activados por las proyecciones del paciente, con la suficiente libertad psíquica para tolerarlos, y así utilizar un lenguaje que ha de ir construyendo gradualmente para comunicarlo al paciente. Finalmente considera un criterio para trabajar analíticamente que exista en el paciente un *deseo preconsciente o inconsciente de unificación o integración de sí mismo*, así como que muestre al menos *el comienzo de una capacidad para usar el objeto de transferencia de manera constructiva* (Reith et al., 2012).

Por último, la analista norteamericana, L. Ehrlich (2004), en *La resistencia del analista a comenzar un nuevo análisis*, incide en que aun siendo ciertos los factores externos económicos y socioculturales, a veces son utilizados como racionalizaciones para ocultar las resistencias del

analista. Tras una revisión de la bibliografía sobre el tema, resume que tales resistencias suelen responder a fuentes diversas: como respuesta a intensos afectos movilizados por el paciente; como parte de un *enactment* en complicidad (ella dice “co-creado”) con el paciente; o como una manifestación de conflictos del analista. A ella le fue útil, como ilustra con material clínico, tomar conciencia de su renuencia a comenzar un nuevo caso de análisis y considerar que, al igual que hay que contar con las resistencias del paciente, el analista también ha de asumir que siempre surgirán las propias, para analizarlas.

*Resumiendo*, entre las aportaciones de los autores citados, que constituyeron la referencia para la investigación del equipo de analistas de la FEP, destacaría lo siguiente: a) todos coinciden que la entrevista para valorar la idoneidad del trabajo analítico con un paciente es diferente de la entrevista ordinaria, la médica, la psiquiátrica y la psicológica; su especificidad radica en que el entrevistador adopta una *actitud analítica* de escucha, atento a la emergencia del inconsciente en el paciente como, por reacción, en él mismo; b) la mayoría coinciden en la ineficacia de los llamados criterios de “analizabilidad” del paciente; c) se concede trascendental importancia a la impresión subjetiva del analista a la hora de decidir si podrá trabajar analíticamente con un determinado paciente; d) las primeras entrevistas constituyen una experiencia emocional intensa que si se contiene y se logra algún significado es decisiva para vislumbrar las posibilidades de trabajo entre paciente y analista; e) para algunos, esta postura es llevada más lejos en el sentido de considerar que las primeras entrevistas ya son el inicio del proceso analítico.

## II. *Un nivel de investigación sobre la indicación de análisis.*

Síntesis de la obra *El comienzo del análisis. Sobre los procesos del inicio de un psicoanálisis*.

Quinientos psicoanalistas de todas las partes del mundo participaron en cuarenta y cinco talleres durante ocho años para estudiar material clínico de primeras entrevistas. Se presentaron un total de treinta y ocho casos, de los que veintiocho constituyen el material utilizado para el

libro. Un equipo formado por los ocho autores recogió y procesó el material de la investigación, constituido por las primeras entrevistas aportadas por el analista del caso, los comentarios y discusiones surgidas en el grupo de trabajo para la iniciación del psicoanálisis (WPIP), y finalmente las reflexiones del propio equipo a partir de todo ese material que constituye la obra que comento (Reith et al., 2018).

Como dije, la investigación surge del intento de buscar soluciones a la falta de pacientes para iniciar tratamientos psicoanalíticos. Los autores se preguntan por qué no se analiza más gente, y cómo se les puede ayudar para que lo acepten. Tras revisar la literatura al respecto, concuerdan con muchos autores que el concepto de *analizabilidad* es obsoleto. Por otro lado, constatan la renuencia de los analistas en tomar casos de análisis. A partir de las experiencias en los WPIP consideran que “lo que realmente ocurre es que paciente y analista trabajan juntos para *co-crear* (o no) una pareja analítica, y que es esencial el papel del analista como agente participante [de este proceso]” (Reith et al., 2018). En consecuencia, el tema central de esta investigación clínica deberá ser “la dinámica específica de las primeras entrevistas, en cómo trabajan los analistas con esta dinámica, y qué hay en ellas que conduzcan al potencial paciente a iniciar (o no) un análisis” (Reith et al., 2018).

El método se basa en una “investigación clínica cualitativa”. No trata de verificar hipótesis alguna. No es tampoco un estudio experimental controlado, ni epidemiológico, sino una observación cuidadosa y sistemática del material clínico de primeras entrevistas. En el curso de la investigación, encontraron otros hallazgos diferentes a los esperados. Como los autores reconocen, no se trata de grandes descubrimientos, sino de hechos clínicos que un analista experto puede reconocer. Sin embargo, conservan el carácter de descubrimiento, al conceder a tales hechos una importancia que habitualmente no tienen y que pueden ser determinantes de las dificultades y resistencias de los analistas para indicar más análisis. Obviamente, tratándose de una investigación que se fundamenta en la observación clínica, a lo largo de toda la obra encontramos el material de donde proceden los descubrimientos realizados.

En los primeros casos estudiados, el equipo advirtió que a veces el analista consigue “tocar” emocionalmente al paciente de manera significativa, al ayudarlo a observar sus problemas y su historia de un modo diferente, reconociendo alguna cuestión central hasta entonces inconsciente, se abre una nueva perspectiva en que la pareja analítica pasa de un nivel de entrevista *ordinario* a otro nivel *emocionalmente más significativo*. Ambos tienen la sensación de haber descubierto algo que captan en una “formulación significativa común”. Lo denominaron “cambio de nivel”, y fue la primera hipótesis que formularon. Este “cambio de nivel” puede ayudar al paciente a ser susceptible al “inicio del psicoanálisis”. Bajo el concepto de “inicio del psicoanálisis” incluyen tanto el sentido del “comienzo del proceso analítico” propiamente, como el de “enseñar al paciente sobre este proceso”.

En el curso de la investigación, los autores prestaron especial atención a un fenómeno que de manera inequívoca apreciaron en todos los casos examinados. Durante las primeras entrevistas la dinámica inconsciente tiene una fuerza mucho mayor de lo reconocido hasta ahora. Apoyándose en la expresión metafórica de Bion, *tormenta emocional*, denominan a este fenómeno *tormenta inconsciente*, término que prefieren, puesto que no siempre se pone de manifiesto de inmediato. Lo consideran como uno de sus hallazgos más importantes. Enfatizan la necesidad de estar atentos a este hecho, ya que no suele suceder, pues se toman las primeras entrevistas como un mero trámite a cubrir para iniciar el tratamiento. Observaron también que dicha intensidad comportaba una tremenda dificultad para que el analista pudiera llevar a cabo el “cambio de nivel” en la pareja analítica, de manera que en pocos casos se conseguía. Como consecuencia, surgió una nueva hipótesis: “la tarea crucial del analista consiste en cómo enfrentar y manejar esta *tormenta* en las primeras entrevistas, sin perder la posición analítica” (Reith et al., 2018). El segundo hallazgo importante es lo que denominan *abrir un espacio psicoanalítico*. Para que la *tormenta emocional* pueda manifestarse se requiere de un espacio psicoanalítico a la espera de ser descubierto y en el que se pueda entrar.

El *capítulo cinco* de la obra es uno de los más interesantes porque profundiza en la dinámica de la entrevista a partir de estos dos hallazgos. La *tormenta inconsciente* suele comenzar

incluso antes del primer encuentro, y subyace a la demanda de ayuda en varios sentidos: “temor de lo que podría ocurrir en el encuentro, sentirse muy necesitado, o vulnerable, o de enfrentarse a lo desconocido”, todo lo cual viene representado en las fantasías inconscientes del paciente. Muestran un caso clínico en que el paciente imaginaba inconscientemente el encuentro como un lugar donde el analista podía abusar de él, o ser él quien abusaría del analista. Lo más frecuente fue que el analista no accediera al origen y contenido de tales fantasías inconscientes sino *a posteriori*, en las discusiones con el grupo de trabajo y el equipo investigador. La dinámica de la entrevista tiene múltiples formas de comunicación, y se expresa en niveles diferentes: desde fantasías inconscientes simbolizadas, pasando por fantasías de relaciones de objeto menos simbolizadas con escisiones e identificaciones proyectivas, hasta experiencias básicas emocionales no representadas que esperan ser contenidas. Aquí retoman la idea del “cambio de nivel” para señalar la complejidad de concienciar este proceso, mucho mayor de la que habían considerado inicialmente. Así, a veces, es el paciente quien tiene una cierta conciencia de algo clave, y lo que necesita es que el analista también lo conciencie y lo comparta con él. Otras, se producen desarrollos importantes, inconscientes, en el curso de las asociaciones del paciente o en sus sueños durante el intervalo de las entrevistas. Finalmente, señalan la existencia de casos en los que no parece existir un tema conflictivo central sino más bien un proceso general en el que el analista, al mostrar su habilidad y disposición a compartir con el paciente su trabajo de verbalización, simbolización y elaboración, transmite un sentimiento de esperanza de que algo caótico e insoportable puede encontrar un continente en la relación analítica.

Para que esta *tormenta inconsciente* pueda ser contenida y exista la oportunidad de encontrar sentido, es necesario, como dijimos, *abrir un espacio psicoanalítico*. Tras un rastreo histórico de autores psicoanalíticos que aportaron ideas al respecto concluyen así su idea de *espacio psicoanalítico*: “un espacio virtual creado por paciente y analista al trabajar juntos en un encuadre psicoanalítico. Comparado con el espacio [social] ordinario tienen una dimensión extra [...] la del progresivo análisis de la transferencia y la contratransferencia” (Reith et al., 2018). Si bien esta descripción es válida para el espacio analítico desarrollado en el análisis en curso, las



características especiales de las primeras entrevistas con su dinámica “tormentosa” y la confrontación con lo desconocido y lo inesperado le confieren un reto especial. Este espacio no es algo preexistente, sino que ha de ser desarrollado o “co-creado” por la pareja analítica. Aquí, los autores parecen apoyarse en la teoría del “campo bi-personal inconsciente” de los Baranger (1968).

Otro elemento importante de la dinámica de las primeras entrevistas es la tarea de “elaboración espontánea” del analista. Esta implica un proceso que incluye la tríada ya mencionada: “atención libre flotante”, “receptividad libre flotante” y “la introspección libre flotante” (Wegner, 1992); así como la *rêverie* de Bion en la que el analista transforma el material no simbolizado, sensaciones físicas y estados afectivos en una experiencia significativa y simbolizada; y por último, una capacidad de tolerar la ansiedad frente a lo desconocido. Dicha elaboración del analista requiere de una *auto-observación* que le permita dar un paso al lado de la interacción con el paciente, situándose como si fuera una “tercera” persona que observa la relación. Esta posición es parcial, pasajera y variable, y funciona junto a la actitud de implicación, determinando la posición del analista en el sentido de “observador-participante”. Idea compartida por varios autores, como hemos visto (Baldacci and Bouchard, 1998; Dantlgraber, 1982; Wegner, 1992; Ogden, 1992; Pérez-Sánchez, 2006). También las teorías psicoanalíticas del analista contribuyen a esa posición del tercero, que pueden ser utilizadas defensivamente. Como resultado de esta observación y elaboración el analista interviene de varias maneras, para hacer progresar el proceso asociativo del paciente y facilitar que avance en su relato, o como una tentativa de ayudarlo a comprender, siendo valiosa la respuesta del paciente.

Luego clarifican: “cambiar el nivel [de inconsciente a consciente], abrir un espacio analítico e *iniciar* el psicoanálisis no quiere decir *empezar* un psicoanálisis” (Reith et al., 2018). Esto sorprende y resulta algo confuso, si tenemos en cuenta que previamente habían hablado que en las primeras entrevistas ya se *comienza* el proceso analítico, lo que reiterarán a lo largo de la obra. Por último, al hablar de las vicisitudes de la pareja analítica, señalan algo realista en cuanto que “si en todo momento está presente la *tormenta*, lo más razonable es pensar que exista una

combinación de elaboración, defensas y *enactments* que fluctúan en el curso de las entrevistas”, tanto en el paciente como en el analista (Reith et al., 2018).

El *capítulo seis* se centra en lo que denominan la *escena de apertura* que consideran como una primera configuración creada mediante el *enactment* de la dinámica inconsciente central (Reith et al., 2018). Esto es así en la medida que el analista enseguida es un objeto de transferencia, ya desde la demanda de consulta, antes del primer encuentro. Las fantasías inconscientes de esta etapa muestran un determinado tipo de patrón de relación de objeto que se irá repitiendo en el proceso analítico. El paciente presiona al analista para que actúe de acuerdo con estos patrones, frente a los cuales lucha el analista, no siempre con éxito, lo que dará lugar a *enactments*. Lo que se comunica en esta “apertura de escena” con palabras y acciones solo puede ser comprendido *a posteriori*, una vez se haya comenzado a trabajar en la compleja dinámica entre paciente y analista. Otro argumento que, en mi opinión, iría en contra de que el inicio del proceso analítico tenga lugar ya en las primeras entrevistas.

El *capítulo siete* responde a la pregunta: *¿qué hace posible que sea exitosa la recomendación del analista de iniciar un análisis?* Para ello muestran material de primeras entrevistas de varios analistas que ilustran diferentes maneras de conseguirlo. Así que concluyen que no es posible afirmar que exista ni un solo indicador o forma de interacción paciente/analista específico para predecir el resultado de las primeras entrevistas en el sentido de que conduzca, o no, al inicio de un análisis. Es decir, tiene más sentido comprender estas diferencias desde una perspectiva de la interacción analítica específica entre paciente y analista, y ver cada resultado final de las entrevistas como la consecuencia de cómo analista y paciente se adaptan a esta situación. Así pues, la recomendación de análisis surge de lo que analista y paciente puedan tolerar. En ello juega un papel importante también la confianza del analista en su encuadre interno, añaden.

Esta variedad de formas de cómo llegar al inicio de un análisis es abordada también en el marco institucional<sup>4</sup> en el *capítulo ocho*, en el que hay dos aspectos a destacar. Uno, que en dicho encuadre suele ser más frecuente la entrevista de consulta para luego hacer la derivación a otro profesional. Y en segundo lugar, que la institución representa en la fantasía inconsciente del paciente un “tercero”, como ya vimos, que hace que la dinámica de la transferencia sea más compleja, pues aspectos de la misma quedan proyectados en aquella. En la práctica privada, también existe esa fantasía de un “tercero”, en el sentido de que se trata del propio analista “escindido”, cuando por momentos se distancia de la relación para observarla, es la posición de observador-participante, también descrita. Durante toda la obra los autores sostienen que llegar a la conclusión de que el paciente puede iniciar un análisis es una tarea conjunta del paciente y del analista específicos que participan en esos primeros encuentros. Esto plantearía un problema a la hora de hacer una derivación de un paciente para análisis, si realmente somos coherentes con ese principio. Pues no sabemos si con la persona a quien se la deriva se mantendrá esa convicción, ya que supone una nueva pareja analítica. Para resolver esta contradicción argumentan lo siguiente: “La tarea del analista en unas primeras entrevistas en cualquier *setting* es evaluar si un paciente potencialmente podría beneficiarse de un proceso analítico con un analista en un encuadre analítico, y no tan solo con el analista que hace la entrevista”(Reith et al., 2018). La primera posición es lo que, de acuerdo con la literatura francesa, denominan “la seducción por el método” (analítico), mientras que la segunda posición sería la “seducción por la persona” (del analista). Es obvio, que el primer caso —tomado el término seducción en el sentido de libidinización— representa la opción más adecuada, que permite que este paciente sea apto para análisis, no solo con quien realizó la entrevista, con lo cual podemos estar de acuerdo. Pero entonces no se sostiene ese principio de que la indicación del análisis solo es posible con la específica pareja analítica que ha llegado a la conclusión de que paciente y analista pueden trabajar juntos.

Es sabida la importancia de la contratransferencia en la técnica analítica. Por esto, el *capítulo nueve* trata de su estudio y en particular en relación con otro concepto de actualidad, el

---

<sup>4</sup> La mayoría de instituciones que participaron presentando material eran Clínicas Psicoanalíticas adjuntas a los Institutos de Psicoanálisis.

*enactment*. Existe una discusión sobre si el *enactment* del analista es un fracaso en tolerar y comprender las presiones del paciente, o si se trata de algo inevitable que forma parte de la técnica, en la medida que posteriormente sea comprendido. Los autores sostienen la segunda postura, lo que parece concordar con la clínica.

En el *capítulo diez* hacen una recapitulación de las reflexiones sobre los resultados de la investigación y retoman las preguntas iniciales: ¿Por qué hay menos análisis hoy día? y ¿Cómo podemos ofrecer una experiencia psicoanalítica válida a más pacientes? La investigación está interesada en dos cosas. Primero, si es posible detectar y descubrir algunas características de la dinámica (consciente /inconsciente) entre paciente y analista en las primeras entrevistas. Y segundo, si podría establecerse alguna relación entre esta dinámica y la decisión de iniciar un análisis. De acuerdo con la literatura sobre el tema y la experiencia de la propia investigación, consideran que las entrevistas iniciales son diferentes de las entrevistas diagnósticas, a fin de transmitir al paciente alguna idea de en qué consiste el psicoanálisis. Se puede compartir esta afirmación, que correspondería a la “actitud analítica” necesaria, que le confiere a la entrevista otra naturaleza, técnica y objetivos. Aunque no es tan convincente, en mi opinión, la conclusión que extraen de esta diferencia: que implica el “inicio” de un proceso analítico. Y es interesante señalar que los autores en toda la obra evitan hablar de “indicación” de análisis, que reemplazan por “inicio”.

Otro de los hallazgos es la ubicuidad del *enactment*, como consecuencia de la fuerza de la *tormenta inconsciente*, que es lo que hace tan difícil las primeras entrevistas. Consideran el *enactment* como un primer paso para metabolizar y transformar el material aún no representado. Es decir, captar la presencia de fenómenos pobremente simbolizados por el paciente que solo pueden encontrar escenificación mediante el *enactment* del analista. Es interesante la idea de que tal proceso vendría a constituir como un *tercer modo de pensamiento* situado entre el proceso primario y el secundario (Reith et al., 2018). Aunque la posibilidad de hacer uso de los *enactments* durante la misma entrevista creo que es limitada, en mi opinión. Por varias razones. Una, porque aún no se ha instaurado el encuadre analítico propiamente, en el que por ejemplo la

interpretación transferencial sea un recurso más asequible; además, en la medida que el *enactment* es un proceso básicamente inconsciente, es posible que su sentido no sea captado hasta después de transcurridas las entrevistas, al revisar el material el propio analista, en una supervisión, con otros colegas, o como en la investigación, con el grupo de trabajo.

Otro de los hallazgos interesantes de la investigación es la importancia concedida al *encuadre interno del analista* que describen así: a) mantener una posición de observador-participante, ya descrita; b) tolerar la ansiedad y el no comprender, esto implica una confianza del analista en el proceso de las entrevistas y en el trabajo transformativo interno respecto a sí mismo; c) utilizar la teoría como referencia interna presente, aunque no sea consciente; d) intervenir para facilitar el proceso (de la entrevista) tanto de las asociaciones del paciente como del proceso analítico y del *setting*, sin ser muy intrusivo.

En los casos investigados apreciaron otras formas de actitud interna del analista que pudieron surgir en las mismas entrevistas que las anteriores, bien en paralelo o de manera oscilante: a) el analista no solo se ve *afectado* internamente por la dinámica inconsciente, sino que es impulsado a la acción, al quedar involucrado en un *enactment*; b) el analista no se da cuenta de aspectos importantes de la dinámica de la entrevista y no tienen ninguna repercusión emocional, que solo se pusieron de manifiesto al presentar el material en el WPIP; c) el analista, una vez comprendido el *enactment*, puede retomar el trabajo analítico posteriormente; d) algunas de las intervenciones del analista se apartan de las que tienen por finalidad facilitar la entrevista, pero sin embargo no son destructivas, porque el clima general favorable de las entrevista es más importante.

Y terminan este capítulo respondiendo a las pregunta ¿a quién deberíamos recomendar el análisis? Según la investigación, insisten, no existe una correlación directa entre el tipo de entrevista y el resultado consiguiente. Esto es así tanto respecto de las características específicas de pacientes idóneos para el mismo, en concordancia con las investigaciones actuales, como respecto de la dinámica de la pareja analítica, estudiada en la investigación, que tampoco hallaron

indicios específicos que condujera a la decisión de iniciar un análisis, algo contrario a sus expectativas.

La conclusión, pues, es que el inicio del análisis es muy individual e idiosincrásico de los dos participantes. Cada comienzo de análisis es una creación de la pareja analítica. El único factor que se sostiene en los casos investigados es *la importancia de la habilidad del analista en mantener un funcionamiento analítico, a pesar de la tormenta inconsciente, y el esfuerzo consiguiente para abrir un espacio psicoanalítico*. Por lo tanto, la recomendación de análisis debe pensarse en términos del encaje específico, creativo e imprescindible entre paciente y analista. “Este encaje es tan individual que no sorprende que no se puedan determinar métodos de estandarización” (Reith et al., 2018). Lo recomendable, siguen los autores, es comenzar un diálogo analítico como una forma de análisis de prueba. No obstante, matizan que si bien “el analista funciona en las entrevistas como un psicoanalista, no se trata de la sesión de un análisis en marcha”. De nuevo esta contradicción, que creo los autores no resuelven. También lo expresan de otra manera: “la precondition más importante para el inicio del análisis consiste en si el analista está disponible con su funcionamiento analítico y se siente suficientemente seguro y competente para embarcarse en un proyecto con el paciente y ser capaz de implicar a éste en dicha tarea” (Reith et al., 2018). Desde esta perspectiva, los autores proponen un enfoque muy flexible que trasciende los síndromes psicopatológicos, lo cual permite que el tratamiento psicoanalítico sea el tratamiento de elección en más casos de los que habitualmente se piensa.

### III. *Algunas reflexiones críticas y valorativas de la obra*

Tras estas conclusiones, la primera impresión es de cierta decepción: “para este viaje no hacían falta tantas alforjas”. Efectivamente, el resultado es tan amplio y genérico que nos quedaríamos un poco igual que al principio, al limitarnos a decir que lo importante es que exista un analista competente, capaz de convencer al paciente para implicarse en la tarea. Es cierto que los

pretendidos criterios de *analizabilidad* no han dado resultado, pues no siempre se cumplen, y además excluían a pacientes que luego se ha visto que han podido beneficiarse de un tratamiento psicoanalítico, como es el caso de pacientes graves y psicóticos, aunque sean minoritarios. Cuando los autores dicen que encontraron muchas formas de “iniciar” el análisis, debemos entender que cada analista, de acuerdo con su posición teórica y técnica, realizó una valoración que le permitió acceder a esa elección, que el paciente compartió. Por lo tanto, debieron existir algunas particularidades más del paciente y de la relación con el analista que hicieron posible esa conclusión. Peculiaridades que no aludían tan solo a las cualidades y capacidades personales de cada uno de los participantes, sino de ciertos elementos psicoanalíticos que lo apoyaron. Así que la indicación no ha de ser tan subjetiva y general como para decir que basta con que exista un analista competente y un paciente que le siga en su propuesta. Podríamos preguntarnos, ¿por qué un paciente no sigue la propuesta del analista? ¿Solo porque el analista no ha sabido ofrecerla adecuadamente? Dada la actitud crítica de los autores respecto de la posición tradicional de la *analizabilidad* en la que todo depende del paciente, ahora parecería que el problema se achaca casi en exclusividad a la capacidad del analista, como hace también Odgen (1992).

Quizá estas conclusiones tan generalizadas se deban a la diversidad de modelos teóricos y técnicos, tanto entre los analistas que presentaron los casos como entre los propios autores, los cuales “han hecho lo que han podido de una difícil tarea”<sup>5</sup>. Así, algunas de las contradicciones advertidas en la obra probablemente se deban a esta diferencia entre los propios autores. Algunas de esas críticas las he ido apuntando, y ahora las reúno y fundamento.

### 1. Sobre la “co-creación” entre analista y paciente

Una de las ideas que se sostiene en la obra de manera predominante es que la investigación está centrada en la dinámica de la pareja. Y, sobre todo, que la tarea de realización de la entrevista es una labor de “co-creación” entre paciente y analista. Esta expresión podría considerarse como una licencia literaria para describir un trabajo conjunto en el que el paciente colabora en la labor que

---

<sup>5</sup> Bion, (1979) *Making the best of a bad job*.

realiza con el analista. Pero el uso reiterado del mismo y las descripciones que se realizan (Reith et al., 2018) indican que se está hablando de algo muy específico: que la tarea analítica, desde las primeras entrevistas, consiste en una *creación* que conjuntamente realizan paciente y analista. Esta perspectiva se apoya en la “teoría del campo” propuesta por W. y M. Baranger (1968), luego seguida por analistas europeos, principalmente en Italia (Ferro, 2012). Éstos plantean que en la relación analítica se establece una especie de campo analítico, que es compartido por paciente y analista, en el que confluyen los inconscientes de ambos y se genera una fantasía común en la que cada uno desempeña un rol complementario. Por lo tanto, desde esta perspectiva se considera que tanto analista como paciente contribuyen cada uno a su manera a “co-crear” desde el encuadre analítico al proceso que se desarrolla en su interior.

A mi modo de ver, este enfoque es una posición extrema respecto a la implicación del analista en la relación analítica, algo que ha ido ganando importancia. Es decir, el reconocimiento y análisis de la contratransferencia. Mi perspectiva es que la relación analítica se genera a partir de una propuesta del analista de un determinado marco de trabajo (diferente, en mi opinión, si se trata de las primeras entrevistas “diagnósticas” o del análisis propiamente) en el cual la tarea propuesta es en definitiva la de ayudar al paciente a comprender mejor su realidad psíquica. Es decir, el foco de la tarea analítica está puesto en el paciente. Ahora bien, dada la peculiaridad de nuestro trabajo, sabemos hoy día que no basta con observar lo que le pasa al paciente. Por la sencilla razón de que el inconsciente no solamente se capta a través del discurso verbal. Por tanto, necesitamos de otras herramientas que nos permitan el acceso a esas otras vías de comunicación (me refiero a las primitivas, psicóticas y las que aún no han conseguido un nivel de representación simbólica). Y esas vías radican en la propia persona del analista, en su mente y cuerpo, receptivos a captar las comunicaciones de las diferentes formas de identificación proyectiva del paciente. Esta tarea no se ajusta, creo, a un proceso “co-creativo” entre paciente y analista. No se trata de que dos personas se juntan para llevar a cabo una tarea donde ambos aportan elementos para realizar una actividad creativa, digamos sobre un *lienzo*, o sobre un *mármol*, que podría ser ese campo inconsciente común en el que convergen, y del cual resultará una *pintura* o una *escultura*,



es decir, una “obra” producida por “la pareja analítica”. Esta perspectiva, difumina el objetivo de una consulta que realiza un paciente, y no digamos de todo un psicoanálisis, pues nuestro objetivo —insisto— no es comprender a la pareja analítica, sino al paciente. Además, esa supuesta “co-creación” creo que es algo contrario a la clínica. Por la sencilla razón de que, al ser doloroso el conocimiento de la realidad psíquica, el paciente en buena medida trata de oponerse; de hecho durante su vida ha venido defendiéndose (en parte) contra el conocimiento de esa realidad interna. Así que en muchas ocasiones el analista realiza su tarea *a pesar del paciente*, que se opone con todas sus fuerzas a ese conocimiento (a veces con la colusión del analista). Ciertamente, necesitamos la parte colaboradora del paciente, pues de otra forma no sería posible la primera entrevista ni el análisis. La parte dispuesta a tolerar lo doloroso del reconocimiento de su realidad psíquica, así como a encontrar satisfacción en ello; la parte que confía en un analista que si le ocasiona dolor en su tarea analítica, al mismo tiempo le ayuda y le “enseña” a contenerla. Pero eso no confiere status de “co-autoría” a la pareja analítica. Paciente y analista tienen funciones distintas. Existe una interacción entre ambos, y es responsabilidad del analista en el desempeño de su función analítica, analizarla. Para ello es necesario, como los autores destacan en varios momentos de la obra la confianza del analista en su *setting* interno, o en su método analítico internalizado.

## 2. *Seleccionar un paciente o iniciar el proceso analítico*

Es el título de un artículo independiente de una de las componentes del equipo de investigación del WPIP (Crick, P., 2014), y coautora del libro que comento. Creo que se trata de otra idea muy presente en la obra y que me parece discutible, como ya adelanté. Si “proceso” implica el despliegue de una interacción entre paciente y analista, con el consiguiente conocimiento del mismo, en el marco de unas condiciones de tratamiento, el resultado no puede ser el mismo que el “proceso” —por seguir utilizando esta expresión— desarrollado durante las primeras entrevistas. Por eso, me parece más claro diferenciar entre “proceso” *diagnóstico* y proceso *analítico*. Siempre que tengamos en cuenta que al hablar de diagnóstico, lo hacemos en un

sentido psicoanalítico, y no médico ni psiquiátrico, como he explicado en otra parte (Pérez Sánchez, 2006). Considero que tanto los objetivos como la técnica empleada difieren en ambas situaciones, por más que tengan en común una actitud analítica. En la obra citada trato esta cuestión con más detenimiento, por lo que solo la recordaré sucintamente.

En cuanto a los *objetivos*: en la entrevistas tratamos de evaluar la idoneidad del paciente para un tratamiento psicoanalítico. Esto incluye la valoración psicopatológica y biográfica tal y como el paciente nos los presenta y, de manera destacada, cómo se relaciona en la propia entrevista con el analista, y este con él. Los datos procedentes de cada una de las tres áreas ofrecen una concordancia o divergencia, siempre fundamentados en lo que se manifiesta en la transferencia y contratransferencia, “aquí y ahora”. Posición próxima al grupo de Frankfurt, que ya mencioné. En cuanto a la *técnica*. Las primeras entrevistas se realizan cara a cara, también en los casos de la investigación, lo que ofrece una situación distinta de cuando se usa el diván. El paciente visualiza al analista, y busca indicios físicos en él que le “hablen” de la impresión que está causando su relato. Es cierto que estas primeras entrevistas requieren de una “actitud analítica”, que difiere de la adoptada en una sesión de análisis. En los primeros encuentros, una vez escuchado el motivo de consulta, el analista puede mencionar aspectos de la vida y persona del paciente para explorarlas, en función de la disponibilidad de este. Por último, el resultado de las entrevistas diagnósticas tiene la finalidad de llegar a una decisión respecto de la opción óptima de tratamiento. No se trata de emitir una prescripción: “usted necesita un psicoanálisis de tantas veces por semana”, sino de que en el curso de las entrevistas, mediante la actitud analítica básica por un lado y pequeñas intervenciones que estimulen repuestas en el paciente por otro, se proporcionen elementos para avanzar en el conocimiento de sí mismo. Entonces se habrá podido mostrar dos cosas: un pequeño ejemplo del funcionamiento de una relación analítica y algunos motivos de porqué el paciente necesita la ayuda. Por lo tanto, a la “tormenta inconsciente” se le añade la presión de responder a la pregunta de si será viable el psicoanálisis de este paciente, y además conmigo. A veces, ésta consiste en hacer un tratamiento psicoterapéutico de prueba, en primer lugar, y luego ya se verá. Como ya vimos hay autores (Rothstein, 1994), e incluso los

propios investigadores, que sugieren el “análisis de prueba”. Me parece una decisión arriesgada: “Comencemos el análisis y si funciona, es que estaba indicado”. ¿Y si no funciona? Habremos sometido al paciente a un esfuerzo innecesario, emocional y financieramente.

Pero además, no parece realista esa posición de “iniciar el proceso analítico” ya en las primeras entrevistas, pues no existen garantías de que éste pueda ponerse en marcha. Hoy día, es difícil que un psicoanalista trabaje exclusivamente en psicoanálisis (entendido como un tratamiento con alta frecuencia de sesiones), por lo tanto está abierto a un abanico de demandas que aunque orientadas psicoanalíticamente, no son psicoanálisis, ni permiten el desarrollo de un proceso analítico, y que solo se podrá saber, aproximadamente, una vez finalizadas las entrevistas.

### *3. El énfasis en el analista.*

Si bien los autores hablan de la importancia de la pareja analítica, de lo que más se habla es del analista. Aquí me parece apreciar otro momento de cierto desequilibrio en la obra, probablemente por la implícita diversa posición teórica de los autores. Hay momentos en los que se enfatiza la cuestión de la “co-creación” de la pareja analítica que se toma como objeto de estudio, mientras en otros se pone el acento en la contribución, adecuada o no, del analista. Por ejemplo, hay todo un capítulo dedicado a la contratransferencia, pero ninguno sobre las dificultades del paciente para aceptar la propuesta de análisis o su inadecuación por las características psicopatológicas y de personalidad para hacerle esta indicación. Creo que ambas cosas deberían estar presentes.

### *4. Validez del nivel de investigación de la obra*

No obstante estas críticas, debo destacar mi ferviente recomendación de la lectura (y traducción) de este libro por varios motivos. Porque muestra un método de investigación en psicoanálisis que, sin ser empírico ni estadístico, tiene las garantías del rigor en la observación clínica y la recogida del material clínico. Por otra parte, resalta la importancia de las primeras entrevistas, no siempre suficientemente valoradas por sus repercusiones posteriores, lo que invita a los psicoanalistas a

detenerse en ellas, no solo para enriquecer su práctica, sino para seguir explorando sus posibilidades, más allá de lo propuesto en la obra.

Al tratarse de una investigación que ha involucrado a muchos analistas con la imprescindible *experiencia* de los participantes, ello tuvo un efecto beneficioso para todos ellos. No olvidemos que no solo participaron los que dirigieron la investigación, más los analistas que presentaron los casos, sino también todos los analistas que compartieron las discusiones de los grupos de trabajo (hasta 500, recordemos, en varios de los cuales se encontró el autor de este artículo). Eso ya constituyó una experiencia de aprendizaje. En varios sentidos. En primer lugar, el escuchar otras formas de trabajar desde modelos psicoanalíticos con presupuestos teóricos y técnicos diversos, en un marco en el que cada participante procuraba el esfuerzo de identificación introyectiva al colocarse en la piel del analista que presentaba. Esto permitía contrastar esa forma de trabajar con la propia, valorando lo ajeno, y criticándolo, así como resituando la propia posición teórica y técnica en un lugar menos absoluto e incuestionable. En segundo lugar, permitió, revalorizar la importancia de las primeras entrevistas con su complejidad e intensidad como para dedicarle más atención. Asimismo, la obra estimula la continuidad de este tipo de investigaciones clínicas.

También es de destacar una serie de conceptos que adquieren un valor nuevo o mayor profundidad que lo conocido. Por citar los que creo me resultan más notables: el concepto de *enactment* en sí, y como una forma de pensamiento terciario; la definición de *encuadre interno* del analista; y la *tormenta inconsciente*

##### 5. Necesidad de otros niveles de investigación

Aun siendo necesario el nivel de investigación a partir de la clínica que incluya distintos modelos analíticos, de momento no parece posible conseguir unos resultados que aúnen a todos. Por lo tanto, aunque el denominador común logrado sea extremadamente valioso para ir acercando posiciones es obvio que este terreno común no puede ser muy amplio, por cuestiones particulares de cada posición, a veces no compatibles.

Así, hoy día muchos analistas comparten la idea de que los pacientes difíciles considerados inanalizables hasta no hace mucho pueden ser aceptados para análisis. Idea avalada por la investigación que comentamos. Pero muchos años antes, algunas posiciones psicoanalíticas, por ejemplo la kleiniana, dada su concepción de la mente sustentada en la existencia de mecanismos primitivos y psicóticos en la vida psíquica, hicieron posible el acceso a tales pacientes. Algún que otro analista de corrientes diferentes también compartieron esta idea. Por lo tanto, se entiende que los criterios de “analizabilidad” pensados en términos del paciente “neurótico” eran erróneos. Desde esta perspectiva, quedaban restringidas las posibilidades de indicación del análisis. Así que es necesario reivindicar y mantener el nivel de investigación realizado desde cada posición teórica.

En varios de los autores recopilados en el volumen *Iniciación del psicoanálisis. Perspectivas* (Reith et al., 2012), y que sustentan la importancia de la implicación del analista para la indicación de análisis, encontramos también la necesidad de alguna forma de criterio específico en el paciente para adoptar la decisión final. Esto permite disminuir la excesiva valoración del carácter subjetivo que puede desprenderse de la obra del equipo de la FEP.

Por mi parte (Pérez-Sánchez, 2006), hablo de *indicadores psicodinámicos*. A partir de tres fuentes de datos: 1) psicopatológicos; 2) biográficos y personales; y 3) los de la propia entrevista, que contraste para ver convergencias o divergencias, propongo unos indicadores psicodinámicos que agrupo en polaridades opuestas, donde lo que importa es el grado de predominancia de una u otra polaridad. De la lista<sup>6</sup> que sugiero destacaría como fundamentales: un grado de *sinceridad/insinceridad* que permita un suficiente acceso al mundo interno del paciente, inquietud por la *búsqueda de su verdad psíquica*, y cierto grado de *tolerancia por el dolor psíquico*.

*En conclusión*, para tener una idea más completa sobre la indicación del análisis parece necesario incluir varios niveles de investigación. Si el nivel de investigación *transversal* de la FEP, con analistas con diferentes modelos teóricos, se focaliza en la pareja analítica, con especial

---

<sup>6</sup> Lista de indicadores psicodinámicos: enfermo/sano; adulto/infantil; grado de sinceridad/insinceridad; amor/odio a la verdad psíquica; grado de tolerancia al placer/dolor psíquico; tolerancia a ansiedades de vinculación/ separación; capacidad y tolerancia por lo masculino/femenino; y respuestas a las intervenciones del terapeuta.

énfasis en el analista, serán necesarias además las investigaciones de las aportaciones individuales que propugnan no olvidar al paciente. Descartar el concepto de “analizabilidad” clásico, por inadecuado, no impide proponer otro, en el que tengamos en cuenta la “disponibilidad del paciente para la analizabilidad”, donde se puede incluir cualquiera de las propuestas mencionadas por los últimos autores. En síntesis, el proceso de la indicación de análisis requiere observar al paciente y su relación con el analista, y a éste y su relación con el paciente. Es decir, objetividad y subjetividad deben tener cabida. Un exceso de subjetividad hará poco creíble el método psicoanalítico, sobre todo fuera de su ámbito.

#### *Referencias bibliográficas*

Baldacci, J.L. y Bouchard, C. (1998), “The analytic encounter. A historical and process oriented perspective”, *French Review of Psychoanalysis*, vol. 62, núm. 1, pp. 13-24. En Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, 2012, pp. 108-119.

Baranger, M. y Baranger, W. (1968), “La situación analítica como campo”, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, vol. 4, núm. 1. En *Revista de Psicoanálisis*, vol. LXIX, núm. 2-3, 2012, pp. 311-352.

Bion, W.R. (1979), “Making the best of a bad job”, *Clinical seminars and four papers*, Bion, W.R. and Bion, F. ed., Abingdon, Fleetwood Press. Trad. castellano *Seminarios clínicos y cuatro textos*, Buenos Aires, Lugar editorial, 1992, pág. 247.

Bolognini, S. (2006), “The profession of ferryman, Considerations on the analyst’s internal attitude in consultation and in referral”, *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 87, pp. 25-42. En Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*,

London, Routledge, 2012, pp. 148-166.

Crick, P. (2014), Selecting a patient or initiating a psychoanalytic process? *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 95, pp. 465-484.

David, C. (1998), “Dans quel esprit aborder le premier entretien?”, *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 62, núm. 1, pp. 87-99. En Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, 2012, pp. 295-307.

Ehrlich, L. (2004), “The analyst’s reluctance to begin a new analysis”, *Journal American Psychoanalytic Association*, vol. 52 núm. 4, pp. 1075-1093, en Reith, et. al., *Beginning analysis. On the process of initiating psychoanalysis*, London, Routledge, 2018, pp. 330-344.

Dantlgraber, J. (1982), “Observations on the subjective indication for psychoanalysis”, en Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, 2012.

Ferro, A. (2012), “Consultation, reverie and story-telling”, en Reith et al., *Beginning analysis. On the process of initiating psychoanalysis*, London, Routledge, 2018, pp. 261-271.

Klauber, J. (1972), Personal attitudes to psychoanalytic consultation, en Reith et al., *Beginning analysis. On the process of initiating psychoanalysis*, London, Routledge, 2018.

Møller, M. y Skale, E. (2012), *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, pp. 63-74.

Ogden, T.H. (1992), “Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting”, en Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis:*

*Perspectives*, London, Routledge, 2012, pp. 173-188.

Pérez-Sánchez, A. (2006), *Entrevista e indicadores en psicoterapia y psicoanálisis*, Valencia, Promolibro.

Quinodoz, D. (2001), "The future of psychoanalysis. Wise enough to dare to be mad at times", *International Journal of Psychoanalysis*, núm. 82, pp. 235-248, en Reith et al., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, 2012, pp. 310-327.

Racker, H. (1960), *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós.

Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E. (2012), *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, pp. 3-8, 64-68, 107.

Reith, B., Møller, M., Boots, J., Crick, P., Gibeault, A., Jaffe, R., Lagerlof, S. y Vermote, R. (2018), *Beginning analysis. On the process of initiating psychoanalysis*, London, Routledge, pp. 2-8, 32-36, 78-89, 143, 172, 181.

Rothstein, A. (1994), "A perspective on doing a consultation and doing a recommendation of psychoanalysis to a prospective analysand", *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 63, pp. 680-695, en Reith, B., Lagerlöf, S., Crick, P., Møller, M. y Skale, E., *Initiating psychoanalysis: Perspectives*, London, Routledge, 2012, pp. 281-291.

Wegner, P. (1992), "The opening scene and the importance of the countertransference in the initial psychoanalytic interview", en Reith et al., *Initiating psychoanalysis. Perspectives*, The New Library of Psychoanalysis Teaching Series, London, Routledge, 2012, pp. 189-228.



*Resumen*

La falta de pacientes en análisis es un motivo de preocupación desde hace unos años, lo que plantea la cuestión de si es que no hay demandas y/o es que los analistas lo indican poco. El trabajo se centra en la última cuestión. Para ello se toma como fuente de reflexión la investigación realizada en el marco de la Federación Europea de Psicoanálisis, contrastada con la experiencia del autor. Si bien se valora la aportación de dicha investigación, se muestran sus limitaciones, porque corresponde a un cierto nivel, el de conseguir unos mínimos compartidos por diferentes analistas de modelos teóricos distintos. Se propone que es necesario tener en cuenta también el nivel de investigación conceptual que ofrecen los trabajos de analistas desde sus respectivos marcos teóricos, con lo cual enriquecemos la comprensión de las entrevistas diagnósticas y las posibilidades de indicación de análisis. Una de las consecuencias es la de actualizar el concepto de “analizabilidad” del paciente, en lugar de desecharlo.

*Palabras clave: indicación, psicoanálisis, investigación.*

*Abstract*

The lack of patients in analysis has been a concern for some years, which raises the question of whether there is no demand and / or that analysts seldom recommend it. This paper focuses on the latter question. To this end, the research carried out within the framework of the European Psychoanalytical Federation is taken as a source of reflection, contrasted with the author's experience. Although the contribution of this research is valued, its limitations are shown, because it corresponds to a certain level: that of achieving a minimum shared by different analysts of different theoretical models. The paper proposes that it is also necessary to take into account the level of conceptual research offered by analysts' work from their respective theoretical frame,

thus enriching understanding of diagnostic interviews and the possibilities of recommending analysis. One of the consequences is to update the concept of patient's "analyzability", instead of discarding it.

*Key words: psychoanalysis, recommendation, research.*

Antonio Pérez-Sánchez

Psiquiatra. Psicoanalista titular con funciones didácticas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP-IPA).

Miembro del equipo europeo de redacción del *Inter-Regional Encyclopedic Dictionary of Psychoanalysis* de la *International Psychoanalytical Association*. IPA-ED.

Director del *Sponsoring Committee* para el Grupo de Estudios de la IPA, Núcleo Portugués de Psicoanálisis (Lisboa).