

A. Cordiè, R. Lefort, R. Lefort,
P. Lemoine, J. -A. Miller,
M. Silvestre, C. Soler

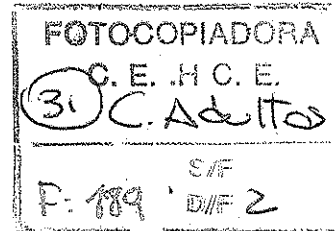
Polari Polari

1989

CLINICA BAJO TRANSFERENCIA

OCHO ESTUDIOS
DE CLINICA LACANIANA

EDICIONES MANANTIAL



9

C.S.T.

Jacques - Alain Miller

C.S.T.*, doy estas tres letras como colofón a colocar al pie de todo ensayo de clínica psicoanalítica, porque resumen lo que la distingue: ser una clínica bajo transferencia.

En efecto, ¿qué es la clínica psicoanalítica? Un saber determinado, de punta a punta, por las condiciones de su elaboración, es decir, por la estructura de la experiencia analítica que, desde hace alrededor de diez años, se denomina discurso del analista. La clínica psicoanalítica, hablando estrictamente, sólo puede ser el saber de la transferencia, es decir, el saber supuesto —que en el curso de la experiencia funciona como verdad— que se vuelve transmisible, por otras vías y con otros efectos que los de la experiencia en que se constituye. En consecuencia, la clínica se le presenta al analista como antitética con el discurso, porque implica que el saber se desprende del lugar que le toca en la experiencia: explicitar el saber es des-suponerlo.

La ilusión según la cual no podría haber clínica psicoanalítica encuentra allí su único mecanismo. A esta ilusión, que perduró largo tiempo en la Escuela Freudiana, la tratamos como se lo merece: ¿sirve acaso para algo más que para reducir la clínica al psicoanálisis? Es decir, que con el pretexto de que sólo hay psicoanálisis de lo particular, solo se admite una clínica que comparta dicha condición. Vale la pena hacer la pregunta: ¿el único saber clínico que existe es el de la semántica de los síntomas de un sujeto? Se comprueba, además, que cada vez que la susodicha semántica es transmitida,

* [N.T.] Conservamos las iniciales francesas del título, que son imposibles de reproducir literalmente en castellano.

especialmente a través de vías masivas de comunicación, como las de un congreso, un efecto irresistible de comicidad, por trágica que pueda ser la vida del sujeto en cuestión, se produce. Propongo explorar una vía diferente.

La clínica psicoanalítica como clínica bajo transferencia parece susceptible de brindar, en tanto tal, secuencias típicas. ¿No es acaso una teoría de este tipo la que sustenta la teoría del pase en la enseñanza de Lacan? Lacan situó ese efecto, a partir del fantasma, como su "atravesamiento". ¿Se puede, por ejemplo, situar de igual modo el efecto clínico que connota la entrada en análisis? Esta es la pregunta que me hice.

La fenomenología de la entrada en análisis es mucho más conocida que la del final de análisis, porque la experiencia está conformada de modo tal que los comienzos son mucho más frecuentes que los finales. Le falta, empero, un índice tan seguro como el atravesamiento del fantasma. ¿No puede delimitarse con igual precisión, en el plano clínico, el paso inicial del analizante?

Si intentamos hacerlo retroactivamente, a partir del pase, el momento en que se entabla la experiencia analítica puede presentarse muy bien de entrada como un cuasi-pase. Lo más frecuente es que la entrada en análisis sea una conmoción de la rutina en la que se mantiene la realidad cotidiana del sujeto; aun en quien piensa haberlo meditado tranquilamente induce una conmoción; en todos los casos en que hay entrada hay encuentro con lo real. En ciertas ocasiones éste reviste una forma que resulta traumática: descubrimiento por el sujeto de un goce que le es desconocido, el suyo o el de su pareja; tropiezo con un deseo que excede los límites habituales en que se desplaza el sujeto; dificultades en una carrera profesional; irrupción de una muerte en una existencia que no solía tomarla en cuenta. La entrada en análisis connota, invariablemente, el golpe sufrido por la seguridad que obtiene el sujeto de su fantasma, matriz de toda significación a la que corrientemente tiene acceso.

Si continuamos por esta vía, el paso del analizante se situaría como un pase inaugural, haciendo la salvedad de que la institución del sujeto supuesto al saber sin embargo recubre, de inmediato, la destitución subjetiva de la que este paso da fe. No hay aquí atravesamiento alguno del fantasma. E incluso cuando se demostrase en la retroacción de un análisis conducido hasta el término que es el pase, que la entrada en análisis se basaba en el golpe asestado al

fantasma fundamental, ¿cómo podría saberlo de antemano el analista, en la medida en que ese mismo fantasma en tanto axioma sólo emerge de una construcción en análisis?

Al contrario, los únicos efectos clínicos típicos que caracterizan la entrada en análisis en los que el analista se guía, son aquellos que conciernen al síntoma, no al fantasma. Únicamente en ese plano debe buscarse el término que corresponde al pase.

¿Desde dónde se datan los comienzos de un análisis?

Sería un error ubicarse exclusivamente a partir de la demanda al analista. Dicha demanda tiene para el sujeto, sin duda, valor de acto, tiene sus coordenadas simbólicas y, en todos los casos, un estilo de pegar el salto. Para algunos, ese salto se connota con un afecto de decaimiento, para otros asume la forma de algo semejante al pánico; puede presentar en el obsesivo un carácter de exigencia agresiva; revestirse en la histeria con una temática pasional, de intriga o de catástrofe. Pero, si se califica como "acto analítico" el acto del analista que autoriza la experiencia y no así al del analizante que se compromete en ella, es porque la demanda de análisis, por poca que sea la información que se tiene acerca de la práctica analítica — me refiero a saber, por ejemplo, que el análisis no es equivalente a una experiencia de relajación — debe considerarse como la consecuencia de una transferencia ya establecida con anterioridad. "Al comienzo del psicoanálisis — dice Lacan — está la transferencia.", no la demanda de análisis.

El paso del que se trata no se confunde en modo alguno con las diligencias que efectúa el sujeto cuando se dirige al analista, es anterior a ellas, y tiene que ver con lo que llamaré la pre-interpretación de sus síntomas por parte del sujeto.

Esta pre-interpretación, que supone la erección del sujeto supuesto al saber, queda indicada en el plano clínico por el estilo de sin-sentido que adquieren para el sujeto algunos de sus pensamientos, de sus comportamientos, incluso toda su existencia. Este sin-sentido, que equivale a un encuentro con lo real, tiene como consecuencia un llamado al saber supuesto. También el tropiezo con un saber supuesto, sin embargo, puede producir esa caída en el sin-sentido que brinda su punto de partida a una sintomatización, eventualmente generalizada, de la existencia, cuya extensión, el analista, en el momento en que se abre la cura, sólo deberá constatar, sin intentar amplificarla más de lo conveniente, a lo largo de esas entrevistas que se llaman, tan inadecuadamente, *preliminares*; cuando se trata justamen-

te de entrevistas *secundarias* respecto a una transferencia ya presente. El viraje por el que Otro como lugar del significante es erigido por el paciente como sujeto supuesto al saber, conduce a lo que Freud había aislado desde su abordaje del caso Dora: a una puesta en forma del síntoma.

El síntoma, en la definición que recibe en análisis, exige la implantación del significante de la transferencia. La formalización metafórica del síntoma responde, al inicio del análisis, al atravesamiento del fantasma que escande su final. Se apoya en su embrague sobre el discurso analítico, vía por la que se acopla al sujeto supuesto al saber, cuyo efecto le es ofrecido con más fuerza por el analista. Sólo entonces está el síntoma plenamente constituido.

La paradoja reside en que éste no es un momento de apertura, de ruptura o de dehiscencia, pese a lo que a veces articula el sujeto, porque, debido al hecho mismo de que lo articula para el analista, tapona su hiancia. Se trata entonces, más bien, de un cierre del síntoma.

Esta secuencia puede reconstruirse entonces en tres tiempos.

El tiempo en que el síntoma, en tanto desconocido, se identificaba a la realidad cotidiana —el obsesivo lo demuestra evocando la regularidad de una existencia dedicada a satisfacer minuciosamente los imperativos de la *vox familiae*; también lo hace la histérica narrando en detalle el exitante desorden de sus pasiones que desafían a esos mismos imperativos—, sólo sabemos sobre él retroactivamente, cuando el sujeto nos lo relata. El síntoma tiene aquí estatuto imaginario: se identifica para el sujeto, sin solución de continuidad, con su vida misma.

En II, se ubica la emergencia del síntoma como solución de continuidad: rajadura donde se revelará, quizá, posteriormente la incidencia de la relación con el objeto a. Esta emergencia impone en todo caso dar al síntoma un estatuto de real.

La demanda que se hace al analista se inscribe en un tercer tiempo: momento de concluir, sostenido por el síntoma, cuyo efecto consiste en restituirle su estatuto simbólico, es decir, su estatuto de mensaje articulado del Otro. A esta "neurosis de transferencia", la clínica de la psicosis le da sus coordenadas más seguras: digamos que el sujeto, en su entrada en análisis, se coloca en oposición simbólica con el sujeto supuesto al saber en su lugar en el Otro, por el llamado que se hace a un sujeto supuesto al saber en la realidad, sujeto supuesto al

saber que puede ser cualquiera. Captamos así como el inicio del análisis constituye una coyuntura eminentemente favorable para el desarrollo de la psicosis.

El síntoma, en tanto analítico, se constituye por su captura en el discurso del analista, gracias al cual, transformado en demanda, queda enganchado al Otro. El cierre del síntoma por el analista, en tanto éste, agregándose a él, lo complementa con el objetivo implícito de restituirle su sentido, tiene entonces como consecuencia la histerización del sujeto, lo que quiere decir su apertura al deseo del Otro.

Esta se revela en las formas de "resistencia" que provoca en el obsesivo, patente cuando es agresiva, más sutil cuando asume la forma de la obediencia, incluso de la complacencia extrema, tras la cual el sujeto retiene la puesta en juego de su deseo; en la histérica, lo que ésta redobla, libera ensayos de extravío (del Otro), incluso una angustia que señala que el deseo del Otro está desnudado ahora en su función de enigma. En todos los casos, el saber supuesto del sentido del síntoma sirve de pantalla al objeto del fantasma, cuyo lugar prepara al mismo tiempo.

Debe abrirse aquí la rúbrica de los fenómenos marginales, de los síntomas transitorios que acompañan el embrague del síntoma. Al mismo capítulo pertenecen los primeros sueños, los primeros lapsus, los primeros actos fallidos, que connotan el embrague del síntoma sobre el sujeto supuesto al saber y sobre el deseo del Otro.

Aquí, puede concebirse siempre un comentario por partida doble: por un lado en la vertiente del saber, por otro, en la vertiente de la causa del deseo; pero, esta segunda vertiente sólo aparece retroactivamente. El único punto de referencia de la clínica del análisis al inicio de la cura es el significante de la transferencia (el Niño del Lobo, de Robert y Rosine Lefort, ofrece en el campo de la psicosis un bello ejemplo de metáfora transferencial: *Lobo/Señora*).

Para terminar, ilustraré, tomando prestado un ejemplo de la cristalografía, la función del significante de la transferencia.

Para que se produzca un cristal a partir de una solución llamada metaestable, es necesario introducir un germen cristalino. A partir de la ruptura del equilibrio que induce esa singularidad local, ésta se extiende en una reacción en cadena que termina convirtiendo toda la

solución en cristal. Pues bien, digamos que, del mismo modo, el síntoma cristaliza a partir del significante de la transferencia.

¿No es éste acaso el término que merece hacer juego con el atravesamiento del fantasma: la precipitación del síntoma?

Traducción: Diana S. Rabinovich