

12 Jacques-Alain Miller

C. S. T.

C. S. T.: con queste tre lettere indico il colofone di ogni saggio di clinica psicoanalitica, poiché esse riassumono ciò che la distingue, cioè di essere una 'Clinica-Sotto-Transfert'.

Che cos'è la clinica psicoanalitica? È un sapere che è determinato da parte a parte dalle condizioni della propria elaborazione, vale a dire dalla struttura dell'esperienza analitica, chiamata da circa dieci anni il 'discorso dell'analista'. In questo la clinica psicoanalitica, propriamente parlando, non può essere che il sapere del transfert, e cioè il supposto sapere (che funziona come verità nel corso dell'esperienza) divenuto trasmissibile, per altre vie e con altri effetti di quelli ricavati dall'esperienza in cui si forma. Ne segue che la clinica appare all'analista antitetica al discorso, poiché essa comporta che il sapere si stacchi dal posto che gli spetta nell'esperienza: esplicitare il sapere, è desupporlo.

Non bisogna cercare altrove la causa dell'illusione secondo la quale non potrebbe esistere una clinica psicoanalitica. Abbiamo fatto giustizia di questa illusione, a lungo in voga nell'*École freudienne de Paris*, ma a che pro, se è solo per ridurre la clinica alla psicoanalisi? In altre parole, visto che esiste psicoanalisi solo del particolare, esiste forse una clinica solo del particolare? La questione merita di essere posta: non esiste altro sapere clinico che la semantica dei sintomi di 'un' soggetto? Si constata peraltro, ogni volta che una tale semantica è trasmessa, specialmente nelle comunicazioni dei congressi, un irresistibile effetto di comico, per quanto tragica possa essere in realtà la vita del soggetto in questione. Personalmente propongo di esplorare un'altra strada.

La clinica psicoanalitica, in quanto clinica sotto transfert, ap-

pare suscettibile di presentare alcune sequenze tipiche. Non è forse una tale clinica, che, nell'insegnamento di Lacan, sostiene la teoria della *passe*? Che cos'è il momento della *passe*, se non un effetto clinico proprio della fine dell'analisi? Lacan ha situato questo effetto a partire dal fantasma, come la sua 'traversata'. Si può forse formulare anche l'effetto clinico che segna l'ingresso in analisi? Ecco la questione che mi sono posto.

La fenomenologia dell'ingresso in analisi è conosciuta molto meglio di quella della fine dell'analisi, poiché l'esperienza è tale che sono più frequenti inizi di trattamento che conclusioni. Tuttavia l'inizio dell'analisi è privo di un indice sicuro come lo è la traversata del fantasma per la fine dell'analisi. Ma, sul piano clinico, si potrà delineare con altrettanta precisione il passo inaugurale dell'analizzante?

Se si cerca di farlo retroattivamente, a partire dalla *passe*, il fatto di iniziare l'esperienza potrebbe apparire come una *quasi-passe*. Di solito l'ingresso in analisi si giustifica perché vacilla il tran tran in cui si mantiene la realtà quotidiana del soggetto; quando poi uno crede di averci pensato a sufficienza, è il fatto di entrare in analisi che produce questo vacillamento; insomma, quando vi è inizio di analisi, vi è incontro con il reale. Questo incontro assume a volte forme traumatizzanti: è, per un soggetto, la scoperta di un godimento ancora sconosciuto, che lo riguarda o che riguarda un suo partner, oppure l'inciampo costituito da un desiderio che eccede i limiti abituali, gli intoppi di una carriera professionale, l'irruzione della morte in un'esistenza incurante. Come si vede, l'ingresso in analisi connota invariabilmente un attacco contro la sicurezza che il soggetto riceve dal fantasma, che costituisce la matrice di ogni significazione a cui egli ha accesso d'ordinario.

A proseguire per questa strada si inquadrerebbe il passo dell'analizzante come una *passe* inaugurale, salvo che qui l'istituzione del soggetto supposto sapere copre subito ciò che attesta di destituzione soggettiva. Nessuna traversata, qui, del fantasma. E quando anche si rivelasse, nel di-poi di un'analisi condotta fino al termine della *passe*, che l'ingresso in analisi dipendeva da un attacco recato al fantasma fondamentale, in che modo l'analista lo potrebbe sapere, dato che il fantasma, come assioma, non emerge che come costruzione nell'analisi?

Al contrario, i soli effetti clinici tipici che caratterizzano l'in-

gresso in analisi su cui s'orienta l'analista non riguardano il fantasma, ma il sintomo. È su questo piano solamente che va cercato ciò che corrisponde alla *passé*.

Da quando si devono datare gli esordi dell'analisi?

Sarebbe un errore basarsi in modo esclusivo sulla domanda fatta all'analista. Questo passo ha certamente per il soggetto un valore di atto, ha coordinate simboliche proprie, e comporta comunque uno stile di superamento. Per uno, sarà un senso di decadimento a connotare questo passo, per un altro una specie di panico, che prenderà a volte nell'ossessivo un carattere di esigenza aggressiva, o potrà mascherarsi nell'isterica di una tematica passionale, di catastrofe o di intrigo. Ma se Lacan qualifica di 'atto analitico' l'atto dell'analista che autorizza l'esperienza, e non già l'atto dell'analizzante che vi si impegna, è per il fatto che la domanda di analisi, per poco che sia informata della pratica analitica, voglio dire che non sia equivalente, per esempio, a una domanda di rilassamento, è da intendersi come la conseguenza di un transfert già avviato in precedenza. "All'inizio della psicoanalisi è il transfert", scrive Lacan (*Scil.* 1/4, p. 22), non la domanda di analisi.

Il passo in questione non si confonde in alcun modo con il momento in cui il soggetto si rivolge all'analista, ma è anteriore, e concerne quello che chiamerò la 'pre-interpretazione' da parte del soggetto dei propri sintomi.

Questa pre-interpretazione, che suppone l'erezione del soggetto supposto sapere, è contrassegnata sul piano clinico dallo stile di non-senso che prendono per il soggetto certi suoi pensieri, certi suoi comportamenti, magari l'intera sua esistenza. Questo non-senso, che ha valore d'incontro del reale, ha per conseguenza l'appello fatto al supposto sapere. Ma anche il fatto d'incappare in un supposto sapere potrà produrre questa caduta nel non-senso, dando l'avvio a una sintomatizzazione eventualmente generalizzata dell'esistenza, della quale l'analista, nel momento in cui s'inizia la cura, non dovrà che constatare l'estensione, senza cercare più di quanto convenga di amplificarla durante questi incontri cosiddetti 'preliminari' (mentre si tratta di incontri 'secondari' nei confronti di un transfert già esistente). La svolta con la quale l'Altro come luogo del significante viene eretto dal paziente come soggetto supposto sapere conduce a

quel che Freud aveva isolato fin dall'inizio del caso Dora: a mettere in forma il sintomo.

Il sintomo, nella definizione che riceve dall'analisi, richiede l'introduzione del significante del transfert. La formalizzazione metaforica del sintomo, corrisponde, all'inizio dell'analisi, alla traversata del fantasma, che ne scandisce la fine. Essa dipende dall'innesto del sintomo sul discorso analitico, attraverso il quale esso giunge ad accoppiarsi al soggetto supposto sapere, del quale gli è offerto dall'analista l'effetto più puro. Così solo a questo punto è pienamente costituito il sintomo.

Paradossalmente questo momento non è un momento di apertura, di rottura o di deiscenza, malgrado l'articolazione che ne farà il soggetto, per il fatto che egli, articolando 'per' l'analista, ne chiude l'apertura. Si tratta quindi di un momento di chiusura del sintomo.

La ricostruzione di questa sequenza comporta tre tempi.

Il primo tempo è quello in cui il sintomo, misconosciuto, si identifica alla realtà quotidiana, così come testimonia il tal ossessivo nell'evocazione della regolarità di un'esistenza consacrata a soddisfare minuziosamente gli imperativi della *vox familiae*, oppure come testimonia l'isterica che narra per filo e per segno l'eccitante disordine delle passioni che sfidano questi stessi imperativi. Questo tempo noi lo incontriamo nel di-poi,<sup>1</sup> quando il soggetto le racconta. Il sintomo ha qui uno statuto 'immaginario': esso si identifica per il soggetto con la sua stessa vita senza offrire una soluzione di continuità.

Nel secondo tempo, si colloca l'emergenza del sintomo come soluzione di continuità: rottura in cui si rivelerà forse nel di-poi l'incidenza del rapporto con l'oggetto *a*. Questa emergenza impone comunque di conferire al sintomo uno statuto di 'reale'.

È nel terzo tempo che si iscrive la domanda fatta all'analista: momento di concludere, sopportato dal sintomo, e che ha per effetto di restituirgli il suo statuto 'simbolico', vale a dire quello di messaggio articolato dell'Altro. A questa 'nevrosi di transfert', la clinica della psicosi fornisce le coordinate più sicure: diciamo che il

<sup>1</sup> Come negli *Scritti*, noi traduciamo così l'*après-coup* (il *Nachträglich* di Freud). [N. d. r.]

soggetto giunge, all'ingresso in analisi, in opposizione simbolica al soggetto supposto sapere che è al posto nell'Altro, attraverso l'appello fatto a un soggetto supposto sapere nella realtà, e che può essere chiunque. Si capisce allora perché l'inizio dell'analisi costituisca una congiuntura favorevole allo schiudersi della psicosi.

Il sintomo, in quanto analitico, si costituisce con l'essere preso nel discorso dell'analista, per cui divenuto domanda, si trova aganciato all'Altro. La chiusura del sintomo operata dall'analista, per il fatto che, aggiungendosi al sintomo, lo complementa dello scopo esplicito di restituirne il senso, ha dunque per conseguenza l'isterizzazione del soggetto, vale a dire la sua apertura al desiderio dell'Altro.

Questa si manifesta sotto forma di 'resistenza' che essa provoca nell'ossessivo, evidente quando è aggressiva, più sottile quando prende la forma dell'obbedienza, per non dire di un'estrema condiscendenza, sotto cui il soggetto si trattiene nella posta del suo desiderio. Cosa che essa raddoppia nell'isterica, dando adito a tentativi di panico (dell'Altro), per non dire a un'angoscia che segnala che il desiderio dell'Altro si trova ormai denudato nella sua funzione di enigma. In ogni caso il sapere supposto del senso del sintomo fa da schermo all'oggetto del fantasma, pur adoprando allo stesso tempo di fargli posto.

Si potrebbe qui aprire la rubrica dei fenomeni marginali, dei sintomi transitori, con cui s'accompagna l'innesto del sintomo. Allo stesso capitolo appartengono i primi sogni, i primi lapsus, i primi atti mancati che connotano l'innesto del sintomo sul soggetto supposto sapere e sul desiderio dell'Altro.

Si può sempre concepire qui un commento in due parti, uno sul versante del sapere, l'altro sul versante della causa del desiderio, sebbene quest'ultimo emergerà solo in un secondo momento. Il solo punto di riferimento per la clinica dell'analisi in inizio di cura è il significante del transfert (il Bambino del lupo, di Rosine e Robert Lefort, offre nel campo della psicosi un esempio eloquente di metafora del transfert: *Loup/Madame*).

Per finire, illustrerò la funzione del significante del transfert con un riferimento alla cristallografia.

Perché il cristallo si produca a partire da una soluzione detta

metastabile, è necessario l'apporto di un germe cristallino. È a partire dalla rottura di equilibrio indotta da questa singolarità locale che nascerà una reazione a catena, che finirà per convertire in cristallo l'intera soluzione. Ebbene, diciamo che, allo stesso modo, il sintomo 'cristallizza' a partire dal significante del transfert.

Non è forse questa l'espressione che merita di fare il *pendant* alla traversata del fantasma: 'la precipitazione del sintomo'?

Traduzione di Antonio Di Ciaccia

Jacques-Alain Miller  
74, rue d'Assas  
75006 Paris (Francia)