

# ¿Qué es la clínica psicoanalítica<sup>1</sup>

**Gabriel Lombardi**

¿Qué es la clínica psicoanalítica? ¿Qué es lo que en el *Colegio Clínico* nos proponemos transmitir, investigar, aprehender? La ocasión de este comienzo me parece propicia para volver a suscitar la pregunta que Lacan planteó en su alocución de *Apertura de la Sección Clínica*, el 5 de enero de 1977. Será mi manera de decirles cómo entiendo que debe orientarse nuestro trabajo.

Lacan se preguntó sobre la clínica psicoanalítica a partir de su práctica y de su posición singular en ese discurso, de su lectura a la vez detallada y enérgica de los textos de Freud, de las elaboraciones de la psiquiatría clásica que jamás descuidó, y también de la relación del psicoanálisis con la racionalidad y la ciencia modernas. Constataremos que su respuesta fue variada, múltiple, heterogénea, pero también coherente con la estructura del saber que atañe al discurso psicoanalítico.

## ***Un camino de interrogación***

Leyendo esa alocución y otros textos escritos o pronunciados entre 1973 y 1976, parece evidente que Lacan no hacía coincidir completamente la *clínica* con la experiencia ni con la práctica del psicoanálisis, que pueden permanecer en la penumbra del consultorio. “Una práctica no tiene necesidad de ser esclarecida para operar”, decía en *Televisión*, un texto de esa época. Y si bien la clínica tiene como base *lo que se dice en un análisis* – así comienza ese discurso de *Apertura* -, no coincide completamente con eso.

El Colegio, por más clínico que sea, no va a sustituir la experiencia del propio análisis, imprescindible en el acceso a la posición del analista. Imprescindible, e insuficiente. Si fuera suficiente, no sería necesario ningún Colegio Clínico. A su vez, si el Colegio llega a ser efectivamente de clínica psicoanalítica, es en la medida en que la clínica no la sustituye, sino que *se añade* a la experiencia del análisis.

¿De qué manera se añade? En primer lugar, la interroga. Ustedes no ignoran hasta qué punto Lacan tomó esto en serio: *la clínica psicoanalítica consiste en primer lugar en interrogar el análisis*. Lo sostuvo en acto durante más de treinta años, hizo de ello el nervio de su enseñanza. Para esclarecer la experiencia del análisis, se debe ponerla en cuestión, y hasta el final de la cura; por la misma razón concibió un dispositivo – el del pase – donde se plantean al analizante las preguntas que el analista no puede responder.

---

<sup>1</sup> Texto redactado sobre la base de la presentación del *Colegio Clínico de Buenos Aires*, realizada el 8 de mayo de 2000. Publicado en *Lacanianana*, Vol. III. Una versión francesa fue publicada en *Link*, Vol. VII. Paris. France. 2000. Pp. 85-92.

También la *práctica* del analista, la que realiza con su analizante, es para Lacan objeto de la pregunta de la clínica. *La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar el análisis, sino también en interrogar a los analistas* - dice en ese mismo discurso - *a fin de que hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa, que justifica a Freud haber existido*. Interrogar a los analistas, *urgirlos a dar sus razones*, que den cuenta de lo que su práctica tiene de aventurada, es conminarlos a una enunciación que se apoye en los puntos en que el saber es precario, el saber que Freud hizo valer para sostener la práctica del analista en el borde – pulsional – del olvido<sup>2</sup>.

Si el psicoanálisis fuera una técnica estándar, que sigue caminos asegurados, la existencia de Freud no tendría el sentido que le damos: el de una enunciación que hace lugar a los *impasses* del saber – justo esos *impasses* que encontramos en las encrucijadas del gusto y del deseo, es decir en los puntos decisivos en la perspectiva de un sujeto encarnado en la vida.

La clínica no es la experiencia entonces. *No es tampoco la acumulación de experiencia*. Tal acumulación tiene sus ventajas por supuesto, pero en la perspectiva radical sostenida por Lacan “lo propio de la experiencia es preparar casilleros”<sup>3</sup>: al mismo tiempo que uno aprende el oficio, sus trucos, un saber hacer, se consolidan esquemas y clasificaciones que tejen el lazo entre los prejuicios del propio fantasma y el consenso que es clave para la inserción grupal o institucional del analista – la cooptación de los sabios -.

Se sabe cuánto luchó Lacan en contra de ese matrimonio entre el prejuicio y el consenso que nos lleva a confiar el saber a la experiencia. Al contrario, “las experiencias de análisis no podrían sumarse”, dice en otra parte<sup>4</sup>; y luego agrega: “Freud lo dijo antes que yo: en un análisis todo debe ser recogido como si nada estuviera establecido previamente”. El sentido de un síntoma no coincide con el de otro del mismo tipo, porque no recorren las mismas vías significantes.

Ahora bien, no se debe deducir a partir de lo anterior que el saber de clasificación queda para el psicoanálisis lacaniano completamente caduco. Lacan escribe y firma – en la *Introducción a una edición alemana de los Escritos*, texto redactado en 1973 – “que *hay tipos de síntoma, hay una clínica*, sólo que es anterior al discurso analítico”. Esa oposición: hay tipos de síntoma, hay una clínica, debería hacer tintinear en nosotros el cuidado que Freud y Lacan pusieron en la lectura de los clásicos de la psiquiatría.

### ***Cierto y transmisible por el discurso histérico***

Conviene al clínico prolongar su pregunta - surgida en el interior del discurso analítico – en otros discursos, apoyarse en ellos transitoriamente. En una reflexión coherente con la idea de Lacan del acto analítico, podemos decir que la

---

<sup>2</sup> S. Freud. “La interpretación de los sueños”. Cap. VII A: “El olvido de los sueños”. *Obras Completas* (Ammann, Bs.As.), vol. V, pp. 507-25.

<sup>3</sup> J. Lacan. “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma”. *Intervenciones y textos 2*. Manantial. Buenos Aires. 1988.

<sup>4</sup> J. Lacan. Introducción a una edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*. *Uno por uno*, 42. Buenos Aires. 1995.

manera más segura de volver a entrar es salir de veras. Suele ser útil al analista leer los clásicos de la psiquiatría, Seglas, Kraepelin, de Clérambault, aprender de ellos qué tipos de síntoma a veces casi imperceptibles confiesa el psicótico para quien sabe reconocerlos. Esto puede parecer antinómico con lo que venimos de decir, pero no es menos cierto. Podemos tener en cuenta lo que nos enseñan sobre el neologismo, el estribillo, el fenómeno elemental, etc., a condición de no quedarnos en la posición del psiquiatra, de no seguirlo en sus objetivaciones y teorías causales que obturan lo que él mismo ha abierto en un interrogatorio a la vez lúcido y sin horizonte. Una descripción prolija pero sin consecuencias éticamente satisfactorias. “Más una condena que una explicación”, decía Freud a propósito de las etiquetas a las que el psiquiatra reduce el diagnóstico.

En una línea que prefiere trazada “en chicana”, Lacan señala en el mismo texto que lo que podría ser su ambición de clínico, mostrar que los tipos de síntomas dependen de la estructura, “no es cierto y transmisible más que por el discurso histérico”, es decir por el discurso en que el síntoma se eleva al lazo social - el síntoma *dice* algo de la estructura, más allá o más acá del sentido -. Es sólo a partir del modo histérico que la pregunta *del* síntoma puede verdaderamente plantearse – no la pregunta que se hace *al* síntoma, ni la pregunta *sobre* el síntoma, sino que *por* el síntoma, *con* el síntoma la pregunta se plantea -.

Justamente en esas junturas éxtimas entre el analítico y otros discursos puede desarrollarse la pregunta propia de la clínica psicoanalítica, que nos exige la articulación de lo típico con el sentido de cada caso, y nos conmina a la articulación del discurso de lo universal con la singularidad de la estructura del sujeto. Ahora bien, esa articulación no se hace del mismo modo en los diferentes tipos clínicos destacados por Lacan, quien propone por eso una grilla para ubicar distintos modos de articulación - separados por discontinuidades fundamentales para la clínica y para la práctica analíticas -.

Comenzaremos por la histeria, donde la economía del saber es muy distinta de la que encontramos en otros tipos clínicos. Para Lacan, en la histeria, la transmisibilidad de la pregunta se apoya en la estructura, al punto de considerar que en el discurso histérico “se manifiesta un real próximo al discurso científico”.<sup>5</sup> Esa idea de la histeria como lazo social, y lazo social hecho con el síntoma (lo que no ocurre en ningún otro tipo clínico), está bastante desarrollada ya en el seminario sobre *Las formaciones del inconsciente*, que es su quinto seminario, es decir 12 años anterior al que introduce su formalización de los discursos establecidos. Es decir que hay al menos un tipo clínico donde no es tan difícil pensar la transición que anunciamos para la primera etapa de nuestro trabajo: “De las estructuras subjetivas a la clínica de los discursos”.

Es completamente distinto el caso del obsesivo, que sabe tan poco como la histérica el sentido inconsciente en que se apoya el síntoma de otro obsesivo, pero cuyo síntoma tampoco comunica “estructuralmente” – a diferencia del histérico -. Y hay discontinuidades aún más tajantes, de las que nos ocuparemos en detalle, investigando especialmente lo que se comunica y lo que no, lo que del síntoma se presta al lazo social y lo que rechaza. A los impasses de la comunicación del síntoma, donde sólo “se comunica” lo que falta, añadiremos el estudio de los

---

<sup>5</sup> J. Lacan. *Op.cit.*, p. 13.

límites, para cada tipo clínico, de la comprensión y de la interpretación. Los tipos clínicos lacanianos pueden entenderse así como formas normales de estabilización de la falta - esencia del deseo -. Pienso en la tríada neurosis – perversión - psicosis, que no encontramos así formulada en Freud, y que Lacan considera como siendo la de las tres “formas normales” del deseo.<sup>6</sup>

Entonces, el psicoanálisis no pretende abolir el saber de clasificación, sino que lo desplaza desde la identificación de formas visibles desde una perspectiva exterior y objetivante, hacia la pregunta con que se elabora el tipo clínico desde el núcleo estructural del síntoma: ¿lo que en él hace falta, cómo está constituido?, ¿cómo el síntoma se inserta o se aparta del lazo social?

### ***Reinterrogar todo lo que Freud ha dicho***

Para intentar seguir a Lacan, debemos cada vez volver a poner todo en cuestión. En su *Apertura* Lacan precisa que *la clínica psicoanalítica debe consistir en volver a interrogar todo lo que Freud ha dicho*. Para lo cual hace falta no sólo preguntar, también leer a Freud, leer los textos de quien fundó el discurso psicoanalítico en el reconocimiento honesto de las dificultades teóricas y prácticas que suscita cada nuevo caso, cada dificultad encontrada en la cura, y también cada progreso terapéutico o epistémico. Hoy, para nosotros, la clínica psicoanalítica consiste también en interrogar los textos de Lacan, por la misma razón.

Una aclaración muy importante se impone: interrogar los textos de Freud y de Lacan implica leerlos, y no dejar solamente que los otros nos expliquen lo que allí ocurrió como acto de enunciación. Cada uno de nosotros debiera lograr una “verdadera repetición” (acto entonces) de lo que fue enunciado por ellos; sería acaso el mejor modo de sostener el discurso analítico, y de evitar el psitacismo universitario, que vacía los enunciados de su enunciación. No creo en este sentido que el Colegio Clínico vaya a ser una instancia completamente sumergida en el discurso universitario. En el Colegio vamos a leer a Freud, y a Lacan, *cada uno* va a leerlo; con la ayuda de los comentarios, sí, pero sin dejárselos solamente a los comentaristas. Un comentario sólo sirve cuando no nos induce a archivar el texto que comenta.

### ***Lo real imposible de soportar***

Si alguna duda cabe, después de lo anterior, sobre la diversidad de respuestas de Lacan a la pregunta de la clínica, nos queda mencionar una definición que dio a conocer poco tiempo antes de esa *Apertura*. La encontramos en el anuncio de la *Creación de la Sección Clínica*, de fines de 1976.<sup>7</sup> Es una definición que tiene tres partes.

---

<sup>6</sup> J. Lacan. Seminario IX: *La identificación*. Inédito. Lección del 20 de junio de 1962.

<sup>7</sup> *Ornicar?* (Paris), vol. 8, p.102.

La clínica es lo real en tanto que imposible de soportar. El inconsciente es la huella y a la vez el camino por el saber que constituye: haciéndose un deber repudiar todo lo que implica la idea de conocimiento.

La primera parte me parece la más sorprendente. Ha sido elegida por el *Collège Clinique* de los Foros en Francia como tema del año 1999-2000. La clínica psicoanalítica es *lo real en tanto insoportable*. La clínica psicoanalítica no es tomada ahora como interrogación desde el exterior de la experiencia, sino que es devuelta a la experiencia misma, y a la experiencia más íntima, esa por la cual cada uno ha pasado en tanto sujeto que no sólo es sujeto del lenguaje, sino también sujeto que experimentó lo que el lenguaje implica de insoportable para el viviente, esos puntos que Freud llamó “trauma” y que están en la raíz del síntoma. Para estar a la altura de esa clínica, es más evidente aún que se necesita haber pasado por ella primero como analizante, haber recorrido el camino que lleva al “reconocimiento” en el síntoma no sólo de la huella, sino también lo que él conserva de trauma actual, de goce intolerable al que el sujeto permanece fijado.

Ahora bien, tal “reconocimiento” – que incluyo entre comillas, a falta de una *Vorstellung* más apropiada – no es posible sin un levantamiento, aunque sea transitorio, pulsátil, de la represión. Es decir que sólo si quitamos los disfraces narcisísticos o fantasmáticos que vuelven al síntoma soportable, sólo entonces llegamos a recordar, o mejor dicho, a revivir lo imposible de soportar.

¿Cómo podríamos ayudar a ubicar ese imposible en otro sujeto, si antes no hemos pasado por la experiencia? Es lo que justifica la tercera parte de la definición de Lacan. Forma parte de la delimitación de la clínica psicoanalítica el imperativo ético que nos exige *repudiar la idea de conocimiento*. No es tomando al paciente como objeto de nuestro conocimiento como podemos hacer clínica desde el psicoanálisis. Ni bien lo hacemos, ya estamos afuera del discurso analítico, ya somos psiquiatras otra vez. O tal vez peor aún, psicoterapeutas, que sólo podemos recetar el retorno de lo mismo, y no nos cabe ya esperar ninguna innovación genuina, ninguna ganancia de saber que nos permita una transformación con relación al síntoma. Una transformación del sujeto con respecto al síntoma es en cambio la condición freudiana del análisis, como veremos.

La clínica, desde esta perspectiva, exige repudiar todas las objetivaciones psicológicas del sujeto al que en la experiencia encontramos solamente asegurado en su división, en una exterioridad ontológica y ética esencial respecto del “individuo” tomado como objeto de conocimiento. Es decir que no se llega a lo insoportable del síntoma desde afuera, sino desde una posición, como dice Lacan en la *Cuestión preliminar*, “de estricta sumisión a las posiciones (suelen ser más de una) propiamente subjetivas del enfermo”. Es sólo así que se puede “entrar en la subjetividad del delirio”, por ejemplo.

¿Cuál es el camino entonces? ¿Cómo se accede a lo insoportable del síntoma? Lacan continúa su definición: *el inconsciente es la huella y el camino por el saber que constituye*.

Cuando el paciente es un psicótico, sea en la presentación de enfermo o en el consultorio, suele bastar con dejarle la palabra para que él nos muestre ese camino del inconsciente “a cielo abierto”, ese camino tortuoso con sus bizarros rodeos significantes, con sus retorsiones propias de interface entre el significante y el viviente. El psicótico nos lo muestra con una certeza que forma parte de lo

insoponible de su síntoma, y que lo lleva a veces a esperar de nosotros un alivio. Eso no quiere decir que el psicótico, que testimonia de las vías del inconsciente a cielo abierto, sepa de qué se trata. Padece de eso sin saber, precisamente, que se trata de saber –el saber es el lugar que la transferencia reserva al clínico, dice Lacan<sup>8</sup> -.

El caso del neurótico es diferente, evidentemente, porque es en la incertidumbre donde debemos por el contrario encontrar nuestra certeza de analista del neurótico, según la recomendación freudiana a la que ya aludimos: debemos seguir las huellas más tenues, las más huidizas del saber, en esa parte del contenido del sueño que escapa de la conciencia, y que justo alcanzamos a atrapar en el momento en que *casi* se olvida<sup>9</sup>. El inconsciente es la huella y al mismo tiempo el camino que nos orienta hacia el ombligo real del síntoma.

### ***El saber de los impasses del saber***

Una vez más la pregunta se plantea: ¿Qué es la clínica psicoanalítica? El Colegio se propone mostrar desde el inicio que no hay una definición cerrada para esa pregunta que abrió Lacan, sino líneas de respuesta, distintas y hasta antinómicas entre sí, que merecen ser recorridas metódicamente y confrontadas unas con otras – para no reducir una vez más el psicoanálisis y su clínica a una orientación única, que lo aleja del nudo íntimo del deseo del analista con lo imposible de soportar -.

Los textos de Freud y de Lacan, los testimonios de la práctica analítica, el sujeto en la presentación de enfermo, nos permitirán profundizar esos caminos, y llevar la pregunta a la articulación de lo singular con lo diferente, de la teoría con la experiencia, y de una cura en la sombra con su reconstrucción racional.

El Colegio Clínico se añade así a otras experiencias ya en curso. Menciono algunas por su importancia para nosotros, en la formación analítica a la que queremos contribuir. Ya mencioné *la del propio análisis*, donde realizamos la primera aproximación a la clínica del psicoanálisis. La primera y la más importante, aunque no sea suficiente para la formación del analista.

Quiero señalar también la experiencia del *Foro psicoanalítico de Buenos Aires*, de donde este Colegio ha surgido, y donde una comunidad de trabajo se interroga y propone las vías y las formas para la constitución de una Escuela de psicoanálisis, en el marco de un vasto conjunto de Foros en formación, federados ahora en *la Internacional de Foros del Campo Lacaniano (IF)*.

Es decir que el Colegio está incluido en un horizonte de retorno a la *Escuela de Lacan*, una Escuela por venir que no reabsorberá el Colegio, pero donde algunas prácticas nos permitirán llevar la interrogación freudiana de la clínica hasta sus últimas consecuencias, consecuencias a las que cabe calificar de lacanianas. Me refiero a las que llevan a interrogar al análisis desde la perspectiva del analizante, en un dispositivo que no es el de la asociación libre y la transferencia.

---

<sup>8</sup> J. Lacan. *Seminario XII: Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Clase del 5 de mayo de 1965.

<sup>9</sup> S. Freud. “La interpretación de los sueños”. Cap. VII A: “El olvido de los sueños”. *Obras Completas* (Ammorrortu, Bs.As.), vol. V, pp. 507-25.

Debemos avanzar hacia una clínica que no deje afuera lo que puede poner en cuestión la transferencia, que no deje afuera lo que no es "bajo transferencia", como se dice en otras escuelas. Una clínica que llegue a la interrogación del sujeto supuesto saber, no puede ser enteramente "bajo transferencia" – expresión que no me parece lacaniana, al menos para calificar la clínica -.

La enumeración que hice acaso muestre que la clínica psicoanalítica es un esfuerzo de articulación, *de saber sobre los impasses del saber* en que se constituye el sujeto del inconsciente. Impasses insuperables, si nos atenemos a lo que Lacan ubica como la puerta de entrada a su concepción de la enseñanza del psicoanálisis: el inconsciente, "menos profundo que inaccesible a la profundización consciente", es materia poco propicia para ser sabido por el sujeto. Y sin embargo, todo lo que sabemos depende de él. El nos sabe, y nosotros nunca llegamos a saberlo, pero *algo* llegamos a saber por las vías del análisis y de la clínica que el análisis genera: algo que no termina de asegurarse sino por un cambio en nuestra posición respecto del saber, como Freud explica en su conferencia *La fijación al trauma, lo inconsciente*:

"Hay saberes y saberes; existen diversas clases de saber, que en manera alguna pueden equipararse en lo psicológico. "Il y a fagots et fagots", se dice en un pasaje de Moliere. El saber del médico no es el mismo que el del enfermo, y no puede manifestar los mismos efectos. Cuando el médico transfiere su saber al enfermo comunicándoselo, esto no da resultado alguno. No; sería incorrecto decirlo así. No tiene el resultado de cancelar los síntomas, sino este otro, el de poner en marcha el análisis (manifestaciones de desacuerdo de parte del paciente son, a menudo, los primeros indicios de que esto último ha ocurrido). El enfermo sabe, entonces, algo que no sabía, el sentido de su síntoma, y, no obstante, lo sabe tan poco como antes. Aprendemos así que hay más de una clase de ignorancia. Para ver dónde residen las diferencias tendremos que profundizar un poco nuestros conocimientos. Sin embargo, sigue siendo correcto nuestro enunciado de que los síntomas cesan tan pronto *se sabe* su sentido. Agreguemos, únicamente, que *ese saber tiene que descansar en un cambio interior del enfermo*, tal como sólo se lo puede producir mediante un *trabajo psíquico* con una meta determinada<sup>10</sup>."

El acceso al saber no se hace sin un cambio en la posición del sujeto, lo que exige un trabajo psíquico, requiere un duelo.

---

<sup>10</sup> S. Freud. *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, n° 18: "La fijación al trauma, lo inconsciente". *Obras Completas* (Ammorortu, Bs.As.), vol. 16, p. 257.