

Quince proposiciones encadenadas sobre clínica psicoanalítica nodal.

Schejtman, Fabián.

Cita:

Schejtman, Fabián (Noviembre, 2018). *Quince proposiciones encadenadas sobre clínica psicoanalítica nodal*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/fabian.schejtman/11>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p3vq/Tqz>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite:
<https://www.aacademica.org>.

QUINCE PROPOSICIONES ENCADENADAS SOBRE CLÍNICA PSICOANALÍTICA NODAL

Schejtman, Fabián

Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica. Argentina

RESUMEN

De nuestra última investigación UBACyT (2014-2017) extraemos quince proposiciones que sintetizan nuestras posiciones referidas a la clínica psicoanalítica nodal.

Palabras clave

Clínica - Nudos - Sinthome - Lacan

ABSTRACT

FIFTEEN CHAINED PROPOSITIONS ABOUT KNOT PSYCHOANALYTIC CLINIC

From our last UBACyT research (2014-2017) we extracted fifteen propositions that synthesize our positions referring to knot psychoanalytic clinic.

Keywords

Clinic - Knots - Sinthome - Lacan

1. La clínica psicoanalítica no se confunde con la experiencia del análisis, supone su redoblamiento conceptual. Por ello Lacan afirma en su *Seminario 22 -“RSI”-* que es preciso que el psicoanalista sea al menos dos, el del acto y el que lo teoriza.[i] El segundo es el clínico: el que interroga su práctica e intenta responder por lo que hace. Es que la eficacia del psicoanálisis no basta para alejarlo de la magia o de los esoterismos de moda. De esa eficacia es preciso dar razones, formalizar.

2. Pero no hay formalización que no sea *formolización*: la formalización mortifica. Lo real de la experiencia se coagula -entonces, se escapa, imposible atraparlo como tal- entre las redes del simbolismo formalizador. El nudo lo muestra bien puesto que, al menos el primer paso de su formalización, comporta su achatamiento. Puesta en plano del anudamiento al que resiste el cuerpo del nudo, su grosor, su consistencia. En esa resistencia se capta lo real... de lo imaginario: resistencia frente a la mortificación que el avance de lo simbólico conlleva. La formalización primera,[ii] la que hace del nudo, esquema -dibujado, por ejemplo, en una pizarra-, le quita una dimensión, lo aplasta. La formalización es prensa[iii] de lo real. Cualquier intento formalizador supone ese aplanamiento. Dar como ejemplo el matrimonio -formalizar la pareja- es un lugar común. Con todo, la formalización es imprescindible. En el nudo, sin ella, por ejemplo, no podrían contarse los agujeros.

3. Luego, ¿dónde apoyar la revitalización de la clínica, sino en el amor... de transferencia? Pero aquí, transferencia de trabajo antes que trabajo de la transferencia.[iv] La soledad del acto analítico, que

se prolonga en aquella mortificada del clínico, se ve entonces amortiguada por un trabajo colectivo. La clínica no puede ser concebida en términos estrictos más que elevada a este segundo grado: no es sin los otros. Por ello, sólo llega a volverse existente y tener efectividad -*Wirklichkeit*- cuando se alcanza una “masa crítica” de clínicos que hacen avanzar la elaboración poniendo a cielo abierto los problemas que la práctica presenta. Y eso no se consigue sino a partir de la “institución” de una lengua común, operadores conceptuales compartidos, sin los cuales no hay construcción clínica. En Babel no se conoció clínica alguna.

4. De donde puede afirmarse que no existe clínica psicoanalítica nodal... aún. No hay tal masa crítica de clínicos nodales que, en la actualidad, elucide nuestra práctica sirviéndose del nudo o la trenza. Nuestra clínica, la del lacanismo contemporáneo, es todavía la del grafo del deseo. Se corrobora en cualquier encuentro -de aquellos adjetivados “clínicos”- entre psicoanalistas. Las referencias conceptuales siguen siendo la identificación, el fantasma, el síntoma, la pulsión, en el marco del grafo. Y, por lo general, cuando alguien se mete con nociones del último Lacan -la de *sinthome* es el paradigma de ello-[v] lo hace despojándolas de las bases nodales a partir de las cuales se las concibió. Todo ello no impide, sin embargo, ocuparse seriamente del nudo, esto es, en el intento de iniciar la serie. ¡En algún momento es preciso comenzar![vi]

5. En la enseñanza de Lacan -como ocurre en general- no hay progreso. La clínica nodal -cuando la haya, cuando se extienda- no será mejor que la del grafo. Cada aparato lacaniano de formalización clínica tiene ventajas y desventajas. Si la clínica nodal tiene una virtud, ella radica en la posibilidad que entrega pescando algunos matices, captando ciertos detalles que, escritos en los calces del nudo -o la trenza-, proveen una precisión difícil de alcanzar por otros medios. Luego, que no haya progreso no significa, sin embargo, que no haya avances en la enseñanza de Lacan. Si el *Seminario 25* no es mejor que el *Seminario 1*, ello no conduce a poder afirmar que este último -que es el primero- contenga acabadamente toda su doctrina. Y señalar que en sus primeros escritos o seminarios se encuentran en germen nociones que se desarrollan posteriormente, no implica que su despliegue en la diacronía sea en vano: de lo contrario no habría novedad. Jacques Lacan no es progresista, seguramente, pero tampoco conservador. Su enseñanza es bucle, avanza en espiral, ciñendo en cada vuelta, un real que siempre se escapa... y empuja la reelaboración.[vii]

6. En Lacan, el nudo precede a la clínica nodal: se anticipa, sorprendentemente, al menos dos años al advenimiento de aquella.

[viii] Cuando el nudo borromeo entra en su seminario[ix] lo hace aplicándose exclusivamente al registro simbólico: son los significantes, de inicio, los que se encadenan de manera borromea. De donde se sigue, entre otras cosas, la consideración borromea de la psicosis y olímpica de las neurosis,[x] que no durará demasiado. Sólo el extraordinario quiebre que se introduce en diciembre de 1973, en el *Seminario 21*, con el cuestionamiento del encadenamiento significativo como tal, cuando Lacan llega a rectificarse -¡y no lo hace muy seguido!- señalando que no hay cadena significativa más que artificial, forzada por el desciframiento,[xi] cuando toma partido por el enjambre de unos, sólo entonces el borromeo está preparado para aplicarse a sus tres registros. Desde allí la clínica nodal tendrá donde apoyarse, puesto que no se sostiene sino a partir del anudamiento borromeo de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Pilar necesario para iniciar su construcción, aunque no suficiente: todavía faltará agregar el lapsus del nudo y su reparación *sinthomática*. Por lo demás, desde ese momento, la neurosis llega a estabilizarse como encadenamiento borromeo, la psicosis como rigidización no borromea de la cadena.[xii]

7. La clínica nodal sólo es posible alejada de los reduccionismos realistas y teleológicos de la noción de *sinthome*. [xiii] Por una parte, el *sinthome* no se confunde para Lacan con la vertiente real del síntoma: no es real, ni simbólico, ni imaginario *per se*, sino aquello que permite que esos tres registros no se vayan cada uno por su lado. Es una cuarta consistencia que se adiciona, anudando a las otras tres. Por la otra, el *sinthome* no es el producto exclusivo de un psicoanálisis llevado hasta su término. Es preciso recordar que para introducir esta noción en su enseñanza Lacan no se valió del caso de alguien que finalizó una cura psicoanalítica, ni siquiera de alguien que la comenzó: lo hizo sirviéndose de James Joyce, que no se recostó nunca en el diván de un analista. Hay *sinthome* -cuando lo hay- antes, por fuera, durante, al final y luego de un psicoanálisis.[xiv]

8. La clínica nodal se inicia, propiamente, cuando se aparea la noción de *sinthome* con la de *lapsus del nudo* y eso ocurre entre la quinta y la sexta clase del *Seminario 23*. [xv] Introducido en la conferencia inaugural del *V Simposio Internacional James Joyce*, que Lacan dicta bajo el título “Joyce, el síntoma”, [xvi] hasta esas sesiones de su seminario, el *sinthome* se reducía a heredar la función que la nominación cumplía en su seminario anterior, “RSI”: ser el cuarto eslabón que enlaza lo simbólico, lo imaginario y lo real. El paso adelante que se da en aquellas dos clases del *Seminario 23*, comporta abordar al *sinthome* ya no sólo como una función de anudamiento, sino como una de reparación. Desde entonces no hay anudamiento más que fallado y el *sinthome* es aquello que viene a remediar ese fallo. Sólo entonces es concebible una clínica nodal que, de este modo, es clínica del *sinthome*: clínica de falla y reparación. Su paradigma es el caso Joyce, que Lacan construye muy precisamente con esa lógica.

9. Sin embargo, el ultimísimo Lacan no continúa la vía así abierta. A partir del *Seminario 24*, y hasta que su palabra se apaga, no vuelve a producir ningún abordaje comparable al que realiza sobre Joyce

en el *Seminario 23*. Jacques-Alain Miller plantea, [xvii] precisamente, que ese Lacan terminal introduce una entera deconstrucción creativa de toda su enseñanza. La clínica nodal es tomada también por ese huracán: se cierran sus puertas, apenas entreabiertas. Pero nada impide reabrir las. Y al hacerlo se descubre que ella no puede ser sino una clínica de las suplencias. Una que examina los diversos encadenamientos en los que las reparaciones *sinthomáticas* -o no- [xviii] suplen el lapsus fundamental del nudo: que no hay relación sexual. Aquella que explora, en el nivel singular y en el nivel del tipo clínico, las diversas invenciones con las que un ser hablante se las ve con esa falla fundamental de la estructura... nodal, tanto como los desencadenamientos que las desmantelan.

10. El nudo, en su consideración general, es triple: material, esquemático, matematizado. Nudo concreto, nudo aplanado, nudo real. Se resta una dimensión en cada paso y, finalmente, el nudo es de lo real, como el número. [xix] No obstante ello, la clínica psicoanalítica nodal no pasa del segundo nivel: es clínica del nudo aplastado. Hasta nueva orden, no alcanza el teorema. Y la escritura matemática es sólo su “horizonte” [xx] o su “ideal” [xxi]. Somos psicoanalistas, no matemáticos. Parafraseando a Lacan, [xxii] hacemos *topologería* de nudos. Lo nuestro es psicoanálisis, no matemáticas, por mucho que nos interesen. Por ello, la clínica psicoanalítica nodal avanza por ensayo y error. Es clínica por aproximación y remiendo. En la clínica del psicoanálisis no hay nudo definitivo. No hay el nudo *de Dios*.

11. Pero Lacan siguió sosteniendo que el nudo no es metáfora, que no es modelo, [xxiii] que no es la realidad sino de lo real: [xxiv] insistió con su realismo... nodal. [xxv] Sin embargo, ¿quién lo sigue hasta allí actualmente? Y, sobre todo, ¿cómo seguirlo? ¿Qué queda, para el psicoanálisis -que no es matemáticas-, de lo real del nudo? Sólo el síntoma: en su singularidad y en sus tipos. Lo primero parece venderse en todas las esquinas analíticas. De todos modos, habría que examinarlo detenidamente para confirmar que no se trata de la intromisión, poco disimulada, en nuestro campo, del empuje al individualismo propio del discurso del capitalismo globalizado contemporáneo, pero tampoco de la expresión de la excepcionalidad histeriforme que responde ante la no menos actual tendencia a la uniformidad -perfectamente compatible con aquél-; de ambos debe distinguirse la singularidad que supone el síntoma para el psicoanálisis. Pero, ya que ése es un lugar común entre los analistas, vale la pena subrayar, con Lacan, frente al real de lo que no hay -relación sexual-, el real de lo que hay: una clínica, tipos de síntomas, [xxvi] es decir, tipos de nudos. [xxvii] Y dado que esa clínica es de antes de Freud -la que heredamos de la psiquiatría clásica-, Lacan esperaba poder hacerla avanzar con el nudo. [xxviii] La clínica nodal es también, entonces, su último intento de echar alguna luz nueva sobre los diagnósticos clásicos, que de ninguna manera rechazó.

12. Así, la clínica nodal se inicia con la identificación del síntoma. Comienza con la escritura del síntoma fundamental del ser hablante. El que se asienta en las marcas singulares -aun cuando sus efectos puedan seriarse en el nivel del tipo clínico-, en las huellas que deja, en cada hablante, el traumatismo de habitar el lenguaje,

su exilio de la relación -que no hay-. De tales vestigios, que restan de las contingencias traumáticas que presiden nuestras vidas, ya con Freud emerge una robusta determinación que instala necesariamente la repetición del síntoma, ahí donde eso sigue gritando que no hay relación.[xxix] El clínico nodal lee -y escribe- esa insistencia, especial aunque no únicamente, a partir del desencadenamiento de la estructura -de ninguna manera propiedad exclusiva de la psicosis-, que es donde mejor se la pesca. Y luego, puede examinar los tratamientos *sinthomáticos* -o no-[xxx] que, adicionalmente, aportan algún orden de estabilidad en una vida: más o menos persistentes, pero nunca eternos, efímeros, como lo humano en general, comportan arreglos con lo real del síntoma, que vuelve siempre al mismo lugar. La clínica nodal no es sin esta articulación entre la sincronía del síntoma fundamental que permite arribar al tipo clínico y la diacronía que, en la trenza subjetiva, escribe las invenciones que lo tratan en su despliegue temporal. *Excursus*: hay una segunda versión de la identificación del síntoma, ligada, ya no con el comienzo de la clínica nodal, sino con el fin... del análisis: no cabe aquí.[xxxi]

13. Los encadenamientos y desencadenamientos que escribe el clínico nodal sirviéndose de nudos, cadenas y trenzas, no se con-dicen siempre, respectivamente, con lo que fenoménicamente se presenta como posiciones estables u homeostáticas y períodos críticos o turbulentos. Nada impide que un anudamiento se rigidice al punto de coagular la estructura subjetiva de un modo tal que eso devenga una dificultad, al que un oportuno desencadenamiento aporta un distendido respiro. O, para decirlo de otra manera, si los encadenamientos soportados por reparaciones *sinthomáticas* -o no- son soluciones que operan algún orden de estabilización en la estructura nodal, conviene destacar que esas soluciones a veces pueden ser muy problemáticas, incluso funestas. Y los desencadenamientos no siempre son fatídicos, muchas veces proveen el soplo de aire renovado que aligera la existencia. Que se recuerde aquí que el acto del analista, en su sentido más riguroso -tomado a la letra de su etimología-, desata.[xxxii]

14. Por ello, las crisis pueden concebirse ordenadas en dos polos: crisis catastróficas y crisis por acumulación. Las primeras suponen un antes y un después, haber llegado a un punto de no retorno. Caduca una solución o nos enfrentamos con nuevos problemas para los cuales las soluciones disponibles se revelan ineficaces y se alcanza el punto crítico. Se trata propiamente de crisis por desencadenamiento, pueden nombrarse “crisis-síntoma”, en tanto que el síntoma es aquello que “se pone en cruz para impedir que las cosas anden”. [xxxiii] Las segundas, comportan la rigidización de una solución que, por ello, se ha convertido en un problema para quien la porta. Se trata de procesos, el tiempo crítico se extiende, el malestar se acumula. El anudamiento mismo es aquí la base de la crisis, trátase de las “crisis-*sinthome*”. En ellas, el *sinthome*, que es un modo de funcionamiento, algo que hace que eso ande a pesar de todo, se vuelve un peso excesivo, a veces insoportable. Lo que encadena, lo hace desmesuradamente. En ambos polos de la crisis el penar de más del ser hablante indica que, en la economía de los goces, se alcanzó un punto crítico.[xxxiv]

15. En la clínica nodal, la escritura del síntoma fundamental, tanto como la localización de las reparaciones que intentan amortiguar su impacto atienden, entonces, a los goces del ser hablante. La clínica nodal es una clínica de los goces.[xxxv] Y dado que los calces triples entre los registros son campos de escritura de diversos goces,[xxxvi] el clínico nodal no dispone al *sinthome* -o a la reparación que sea- sin considerar tales campos que, en la escritura del nudo, son “atravesados” por esa -o esas- adiciones a la cadena de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Que se entienda: no es sino en la relación del ser hablante con el goce -que en última instancia es del cuerpo- que la suplencia opera. De este modo, la clínica nodal permite sentar las bases -escritas- de aquello que Lacan en su *Seminario 17* anheló nombrar “campo lacaniano”, [xxxvii] el de los goces.

NOTAS

- [i] Cf. Lacan, J. 1974-75: 10-12-74.
- [ii] Como se verá, luego sigue la formalización matemática.
- [iii] Desde Gutenberg (1440) lo simbólico escrito se extendió por vía de la imprenta moderna de tipos móviles impregnados de tinta que se *presaban* contra el papel.
- [iv] Para un desarrollo más extenso de la mortificación formalizadora y su revitalización amorosa y poética, cf. Schejtman, F. 2013a.
- [v] Cf. Schejtman, F. 2013b.
- [vi] Para un desarrollo más extenso de este punto, cf. Schejtman, F. 2015a.
- [vii] Cf. Schejtman, F. 2012.
- [viii] Cf. Schejtman, F. 2013b: cap. 3.
- [ix] Lacan, J. 1971-72: p. 88.
- [x] Cf. Schejtman, F. 2013b: p. 131 y sigs.
- [xi] Cf. Lacan, J. 1973-74: 11-12-73.
- [xii] Cf. Schejtman, F. 2013b: 148 y sigs.
- [xiii] Cf. *ibid.*: Introducción.
- [xiv] Cf. *ibid.*: 317 y sigs.
- [xv] Cf. Lacan, J. 1975-76.
- [xvi] Lacan, J. 1975a.
- [xvii] Miller, J.-A. 2006-07.
- [xviii] Puesto que la reparación puede venir al lugar en que se produjo el lapsus del nudo -*sinthomática*-, o colocarse en algún otro punto de cruce del mismo -no *sinthomática*- (cf. Lacan, J. 1975-76: p. 96-99 y Schejtman, F. 2013b: p. 90 y sigs.)
- [xix] Cf. Lacan, J. 1973b: p. 14 y Lacan, J. 1974-75: 15-4-75.
- [xx] “...nada parece constituir mejor el horizonte del discurso analítico que ese empleo que se hace de la letra en matemáticas” (Lacan, J. 1972-73: p. 58).
- [xxi] “La formalización matemática es nuestra meta, nuestro ideal ¿Por qué? porque sólo ella es matema, es decir transmisible íntegramente. La formalización matemática es escritura...” (*ibid.*: p. 144).
- [xxii] Cuando forja la palabra *lingüistería* (cf. *ibid.*: p. 24).
- [xxiii] Aun cuando haya un nivel -segundo-, se acaba de indicar, en el que el nudo es modelo, esquema. Pero él no se confunde con este real nodal -tercer nivel- que Lacan quiere preservar.
- [xxiv] Lacan, J. 1974-75: 17-12-74 y 15-4-75.
- [xxv] Cf. Schejtman, F. 2013b: p. 139-144.
- [xxvi] Cf. Lacan, J. 1973a: p. 12-13.
- [xxvii] Cf. Lacan, J. 1973b: p. 18.
- [xxviii] Cf. Lacan, J. 1973a: p. 13.
- [xxix] Para un despliegue más extenso de este asunto y su abordaje con la trenza, cf. Schejtman, F. 2013b: p. 259 y sigs.
- [xxx] Cf. nota 18.

[xxxii] Al respecto, cf. Schejtman, F. 2017a y 2017b.

[xxxiii] “Análisis” proviene del griego “*análysis*” [a????s?]: “disolución de un conjunto en sus partes”, derivado de *anályo* ‘desato’, y éste de *lýo* ‘yo suelto’.

[xxxiiii] Lacan, J. 1974: p. 84.

[xxxv] Para un examen detenido de estos dos modos de crisis, cf. Schejtman, F. 2015b.

[xxxvi] Para un abordaje de los goces en la enseñanza de Lacan, cf. Schejtman, F. 1994 y 2016.

[xxxvii] Como enseña Lacan desde “La tercera” (cf. Lacan, J. 1974).

[xxxviii] Lacan, J. 1969-70: p. 86.

BIBLIOGRAFÍA

Lacan, J. (1969-70). *El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1992.

Lacan, J. (1971-72). *El seminario. Libro 19: ...o peor*, Paidós, Buenos Aires, 2012.

Lacan, J. (1972-73). *El seminario. Libro 20: Aun*, Paidós, Buenos Aires, 1981.

Lacan, J. (1973a). “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos”. En *Uno por Uno*, n° 42, Eolia, Buenos Aires, 1995.

Lacan, J. (1973b). “Autocomentario”. En *Uno por Uno*, n° 43, Eolia, Buenos Aires, 1996.

Lacan, J. (1973-74). *El seminario. Libro 21: Los no incautos yerran*, inédito.

Lacan, J. (1974). “La tercera”. En *Intervenciones y textos*, 2, Manantial, Buenos Aires, 1988.

Lacan, J. (1974-75). *El seminario. Libro 22: RSI*, inédito.

Lacan, J. (1975). “Joyce el síntoma I”. En *Uno por Uno*, n° 45, Eolia, Buenos Aires, 1997.

Lacan, J. (1975-76). *El Seminario. Libro 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

Miller, J.-A. (2006-07). *El ultimísimo Lacan*, Paidós, Buenos Aires, 2013.

Schejtman, F. (1994). “De los goces”. En *El Caldero de la Escuela*, n° 35: septiembre 1995, EOL.

Schejtman, F. (2012). “Bucles, rulos, espirales y más giros”. En *Ancla -Psicoanálisis y Psicopatología-*, *Revista de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UBA*, n° 4/5, 2012.

Schejtman, F. (2013a). “Clínica psicoanalítica: Verba, Scripta, Lectio”. En Schejtman, F. (comp.) y otros, *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis*, cit.

Schejtman, F. (2013b). *Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*, Grama, Buenos Aires.

Schejtman, F. (2015a). “La clínica nodal no existe... aún”. En *Lacan Digital*, febrero de 2015: <http://lacandigital.com/la-clinica-nodal-no-existe-aun/>

Schejtman, F. (2015b). “Crisis del *sinthome*: encadenamientos y desencadenamientos actuales”, conferencia en Madrid, 3-6-15, inédita. Hay versión filmada: <https://www.youtube.com/watch?v=wxS8R11UvVs>

Schejtman, F. (2016). “Teoría de los goces”. En Chome, M. y Dessal, G. (eds.). *Jacques Lacan. El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea*, FCE, Madrid, 2017.

Schejtman, F. (2017a). “Herejía y síntoma”. En *Lacaniana*, n° 23, Buenos Aires, 2017.

Schejtman, F. (2017b). “*Sinthome* y fantasma: hacia la identificación del síntoma”. En *Blog de la sección La Plata, Escuela de la Orientación lacaniana*: <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/sinthome-y-fantasma-hacia-la-identificacion-del-sintoma>.