

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Psicoanálisis y terapéutica.

Schejtman, Fabián.

Cita:

Schejtman, Fabián (Noviembre, 2014). *Psicoanálisis y terapéutica*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/fabian.schejtman/29>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p3vq/1sn>



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>.

PSICOANÁLISIS Y TERAPÉUTICA

Schejtman, Fabián

UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En el presente trabajo se plantean algunas de las relaciones que puede establecerse entre psicoanálisis y terapéutica a partir de los resultados de la investigación llevada a cabo en el marco de la práctica profesional “Clínica del síntoma”, que intentó aislar efectos terapéuticos propiamente analíticos, y de aquellos provenientes de las últimas investigaciones UBACyT (2008-2010 y 2011-2014), que también aportaron elementos de interés para la consideración de lo terapéutico en psicoanálisis, en este caso, a partir de la elucidación de la noción de *sinthome* en la última enseñanza de Jacques Lacan.

Palabras clave

Psicoanálisis, Terapéutica, Lacan, Discursos, *Sinthome*

ABSTRACT

PSYCHOANALYSIS AND THERAPEUTICS

In this paper we present some of the relationships that can be established between psychoanalysis and therapeutics based on the results of the research in the context of professional practice “Clinic of symptom” which attempted to isolate therapeutic analytical results, and from those of the latest UBACyT researches (2008-2010 and 2011-2014) which also contributed relevant elements to the consideration of therapeutics in psychoanalysis, in this case, from the elucidation of the notion of *sinthome* in last Jacques Lacan's work.

Key words

Psychoanalysis, Therapeutics, Lacan, Discourses, *Sinthome*

INTRODUCCIÓN

En este trabajo abordaré algunas de las relaciones que puede establecerse entre psicoanálisis y terapéutica a partir de los resultados de la investigación llevada adelante en el marco de la práctica profesional “Clínica del síntoma”, que intentó aislar efectos terapéuticos propiamente analíticos, y de aquellos provenientes de las últimas investigaciones UBACyT que he dirigido -en las programaciones 2008-2010 y 2011-2014-, las que también aportaron elementos de interés para la consideración de lo terapéutico en psicoanálisis, en este caso, a partir de la elucidación de la noción de *sinthome* en la última enseñanza de Jacques Lacan-.

El punto de partida, aquí, supone retomar tanto la disyunción que Lacan subraya entre el psicoanálisis y lo terapéutico, como la necesidad, también destacada en su obra, de poner en primer plano la eficacia terapéutica del dispositivo freudiano.

Efectivamente en muchos de sus textos, Lacan parece separar la experiencia analítica de lo que usualmente se aborda del lado de lo terapéutico. Por ejemplo, en la versión escrita de la Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el analista de la escuela (5) señala que “es esencial aislar la experiencia analítica de la terapéutica, que [...] distorsiona al psicoanálisis por relajar su rigor...”, agregando que “terapéutica es la...restitución a un estado primero, definición imposible precisamente de plantear en psicoanálisis”. Es una perspectiva extrema: opone, en efecto, análisis y terapéutica.

En la misma dirección en “Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista” (4) se pregunta “¿cuál es el fin del análisis más allá de la terapéutica?, imposible no distinguirlo de ella cuando se trata de hacer un analista...”. Es decir, trátase de textos en los que puede encontrarse en Lacan una fuerte oposición entre lo propiamente analítico y lo terapéutico. Sin embargo, en otras ocasiones tal disyunción parece diluirse. En “Variantes de la cura tipo” (1), por poner un solo ejemplo, se refiere al psicoanálisis mismo como “una terapéutica... que no es como las demás”. Está claro que, de este modo, se corre un poco el acento: el psicoanálisis sí sería una terapéutica... aun cuando no como las demás. De allí la pregunta que asoma: psicoanálisis y terapéutica, ¿qué relación?

EFFECTOS TERAPÉUTICOS PROPIAMENTE ANALÍTICOS...

La necesidad de separar al psicoanálisis de las psicoterapias, pero no sin considerar, al mismo tiempo, su costado terapéutico, fue planteada ya por Jacques-Alain Miller en “Psicoanálisis y psicoterapia” (14) al señalar que si bien el psicoanálisis puede eventualmente compartir con las psicoterapias -en rigor, con lo que llama allí las logoterapias- cantidad de efectos sanativos ligados a la “terapéutica de la palabra”, habría algunos efectos terapéuticos que no se conseguirían más que en el dispositivo creado por Freud: brevemente, la perspectiva de salubridad que aporta la rectificación de las relaciones de un sujeto con su deseo.

En esa dirección, en el marco de la investigación llevada adelante en la práctica profesional “Clínica del síntoma”, se procuró aislar con precisión algunos de los efectos terapéuticos propiamente psicoanalíticos, que ninguna psicoterapia provee por definición: los que se siguen de la praxis soportada por la ética misma del psicoanálisis, la que lo distingue propiamente del -o en el, si se toma la segunda perspectiva antes destacada en el abordaje lacaniano de esta relación- amplio campo de las psicoterapias.

De ello resultó la necesidad de diferenciar, en cuanto a su estructura, dentro de esos efectos terapéuticos propiamente psicoanalíticos, aquellos que se obtienen en el comienzo de la cura, de los que se alcanzan en su término. Y, más aun, la conveniencia de llegar a plantear una estructura antitética para los efectos terapéuticos del inicio y los del fin del análisis.

... EN LA ENTRADA...

Básicamente en el comienzo del análisis es posible situar a la institución del sujeto como un efecto terapéutico del psicoanálisis. Aunque pueda aceptarse que, considerado el sujeto en un sentido muy general, quizás la práctica analítica no sea la única que hace lugar a lo que llamamos sujeto, es claro que la institución del sujeto tiene en psicoanálisis una especificidad propia que se determina por lo singular del lazo discursivo que establece. Un análisis, en efecto, no instituye el sujeto en cualquier lado: lo hace en el lugar del trabajo. Esto es algo que no se encuentra en cualquier terapia, sino sólo en aquella que se sostiene de ese lazo social que Lacan llamó discurso analítico. Efectivamente, en el discurso analítico se encuentra al sujeto barrado localizado muy precisamente en el lugar que Lacan llamó “del trabajo”.

Por lo general, y es algo que destaca Miller en “El banquete de los analistas” (13), el sujeto tiende a estar ocioso: en el lugar de la verdad en el discurso del amo. En este discurso -el del amo- es más bien el saber el que trabaja, no el sujeto. Allí no se encuentra un sujeto trabajador, sino más bien uno “trabajado” por el saber del inconsciente. También en esto el discurso analítico es el reverso del discurso del amo (cf. 7).

En el discurso analítico podemos tomar cabal cuenta de la posición del analizante: es el sujeto comprometido con el trabajo de la libre asociación el que allí encontramos, trabajador antes que un trabajado. Y en esto hallamos ya un efecto terapéutico propiamente analítico, ligado con la operatoria de este discurso. La puesta en marcha del discurso analítico no sólo supone entonces la institución del sujeto, sino su puesta al trabajo: la salubridad aportada por el trabajo analítico.

Así, si no consideramos al efecto terapéutico como una anulación de esa disrupción que Lacan llamó “goce” -puesto que desde Freud sabemos que no hay forma de detener la satisfacción pulsional, entonces, en esta puesta al trabajo del sujeto en la experiencia analítica habría menos un acotamiento del goce -como a veces se lo plantea- que una mutación, una modificación en la economía de la satisfacción pulsional. Se podría decir, de este modo, que en el inicio de un psicoanálisis, se pasa así de un goce sufriente, el del síntoma, al goce del desciframiento. Un goce que Lacan no vaciló en el Seminario 20 (8) de denominarlo “goce del bla bla bla” que, ligado con la enunciación de la regla fundamental, conduce derecho al principio del placer. De este modo queda circunscripto un efecto terapéutico relacionado directamente con la entrada en análisis y la puesta en marcha del trabajo analizante.

Luego, puede avanzarse ya destacando el efecto de desidentificación que el trabajo analizante conlleva de inicio. Efectivamente, una de las virtudes del mismo supone la posibilidad de ir desprendiendo al sujeto de las identificaciones que fijan rígidamente su modo sufriente de gozar. Aquí encontramos también, es claro, un efecto terapéutico propio del psicoanálisis. Si de modo general puede indicarse que las psicoterapias operan terapéuticas ligadas con el reforzamiento de las identificaciones, al menos en el comienzo de una cura psicoanalítica puede subrayarse la salubridad que introduce el aflojamiento de algunas identificaciones.

Ello se plasma, claro está, también, en la escritura del discurso analítico, considerando ahora su parte inferior: en el lugar de la producción se escribe el significante-amo que se aísla a partir de la caída de tales identificaciones. Allí van desprendiéndose uno tras otro los significantes que llegaban a comandar las identificaciones que amarraban al sujeto con su goce sufriente, siempre el mismo. Podrían anotarse por fin, también, en relación con el conjunto de efectos terapéuticos ligados con la puesta en marcha del discurso analítico, la ganancia de saber que se escribe en el discurso analítico en el lugar de la verdad. Y recordar que Lacan indicaba que no tomaba en análisis más que a aquellos en los que podía verificar un deseo decidido de analizarse. Quizás pueda anotarse allí un deseo de saber ligado con la posición misma del psicoanalizante: uno que no se pone en forma más que en las primeras entrevistas con un psicoanalista, por lo general no se constata antes.

.. Y EN LA SALIDA DEL ANÁLISIS

Ahora bien, si se pasa al otro extremo de la experiencia analítica, se pueden considerar los efectos terapéuticos que conciernen al fin del análisis. ¿Por qué no podrían constatarse también allí? Pero lo sorprendente es que se ordenan antitéticamente, como antes se indicó, respecto de los que se han destacado para la entrada. En

efecto, la terapéutica del analizante no se superpone con la terapéutica del analizado.

Puede comenzar por señalarse que si hay en la entrada -se acaba de resaltar- la institución del sujeto, en la salida Lacan constata lo que llamó “destitución subjetiva”. Así abordó, efectivamente, el fin del análisis en 1967 en su “Proposición del 9 de octubre...” (5). Y ¿qué es esa destitución subjetiva? Brevemente, si puede plantearse la entrada en análisis como la apertura de una pregunta, ya que el trabajo del analizante no se pone en marcha sino en relación con algún interrogante para el que no se dispone de respuesta y, eventualmente, genera la angustia necesaria que conduce a alguien al consultorio de un analista, si la institución subjetiva es así la puesta en forma de una pregunta que abre la experiencia del análisis, ya que el sujeto mismo es esa pregunta y puede definirse a la neurosis -también la del analizante- como una enfermedad de la pregunta -con sus versiones histérica, obsesiva o fóbica-, debe suponerse que el fin de un análisis debiera poder poner un término a esa “enfermedad preguntona”. En efecto, si algo conlleva lo que se denomina destitución subjetiva es el encuentro de alguna respuesta que detiene la pregunta que constituye al sujeto. Si el sujeto es ese interrogante mismo como falta-en-ser, la destitución subjetiva supone un “efecto de ser” -y de ser fuerte agrega Lacan (cf. 6)- que se alcanza en el fin del análisis. Efecto de ser que la destitución del sujeto provee, entonces, en oposición, podría decirse, a la división subjetiva que se subraya en la entrada.

Y bien, además de proponerse él mismo como ejemplo de esta destitución subjetiva, en un comentario que realiza a la “Proposición del 9 de octubre de 1967...” como respuesta a los efectos que ella tuvo en su escuela (cf. 6), Lacan lo ejemplifica con El guerrero aplicado de Jean Paulhan (15). En tal comentario señala que el guerrero aplicado “es la destitución subjetiva en su salubridad”. Sin entrar aquí en el detalle, es eso lo que conviene destacar: la salubridad que aporta la destitución del sujeto en la salida. Lo que debe ubicarse así, en la cuenta de los efectos terapéuticos del fin del análisis y en contraposición a los que ya se señalaron para la entrada: allí la institución del sujeto trabajador, aquí la destitución subjetiva.

Claro que usualmente el neurótico alaba por demás su “enfermedad preguntona”: se lo ve, por ejemplo, en el obsesivo que no cesa de vanagloriarse por mantenerse siempre en la duda, rechazando cualquier orden de certeza, ya que él tendría lo que no vacila en llamar un “pensamiento crítico” -oxímoron si los hay- y que, por ello, prefiere siempre preguntarse antes que alcanzar alguna “respuesta dogmática” que perturbe su... “apertura de pensamiento”. En fin, como se sabe, tal duda metódica, por la que se ensalza, lo deja en verdad detenido, inhibido en la vida: no hay forma de que dé un paso adelante en la existencia. Antes que un pensar crítico, más bien no puede decidir nada. Su duda no es sino procrastinación, postergación del acto. Allí puede situarse entonces un ejemplo del “sujeto de la duda” al que el psicoanálisis cura... destituyéndolo. Podríamos decir que, al menos en ese punto, por la vía del análisis, el neurótico consigue detener su pregunta y hacer más bien lo que postergaba: un acto conforme con su deseo.

Tenemos así, la salubridad de la destitución subjetiva como efecto terapéutico del fin del análisis en contrapunto con la institución del sujeto al inicio. Puede ahora darse un paso más y tomarse la cuestión de la identificación.

Se señaló el efecto terapéutico ligado con la caída, con el desprendimiento de las identificaciones en el comienzo de la cura, ¿qué decir al respecto del final de la misma?

Se encuentra, aquí también, una diferencia. En su Seminario 24 (12) Lacan llega a plantear el fin del análisis subrayando, en este

caso, una identificación. Propone así la identificación con el síntoma como término del análisis. En efecto, luego de preguntarse si en el fin de un análisis habría una identificación con el inconsciente, y habiendo respondido negativamente a esta pregunta, termina por afirmar que la identificación con el síntoma podría plantearse como fin de la cura.

Por cierto que esto ya indica que en el síntoma hay un núcleo incurable, un carozo de goce que resta de la operación analítica. Pero, no se ve por qué razón toda terapéutica debiera ser pensada como eliminación de lo sintomático. Si se aísla en el síntoma un núcleo incurable, algo que no puede ser modificado, quizás todavía resta una posibilidad terapéutica que consiste, no ya en la modificación de ese resto sino en la del sujeto como tal, esto es, en la mutación de su posición -la del sujeto mismo- respecto de ese real incurable del síntoma. De ese modo podría sintetizarse la propuesta de Lacan sobre la identificación con el síntoma en el fin de la cura psicoanalítica: lo que en el Seminario 24 termina proponiendo como un saber-hacer-ahí-con su núcleo incurable. Una terapéutica en el fin del análisis que se ligaría, así, no con la eliminación de lo sintomático sino, podría decirse, con la apertura de una vía hacia un nuevo uso del síntoma.

Por fin, hay que destacar que esta identificación con el síntoma propuesta por Lacan en su última enseñanza, no debería ubicarse en oposición a la destitución subjetiva por él planteada en los años '60. Más bien habría que señalar la articulación posible entre ambas propuestas, que puede entrelazarse ya en la relación que sería dable establecer entre el "ser fuerte" que concierne a la destitución, lo que posibilita el cese de la postergación del acto, y el saber-hacer-ahí-con el síntoma, propio de la identificación. Se puede entrelazar ahí que los dos senderos confluyen.

Subrayo entonces ahora, en relación con la antinomia entre los efectos terapéuticos del inicio y el fin de la cura, el distingo entre el aflojamiento de las identificaciones en la entrada y el paso que abre la identificación con el síntoma en la salida.

MARINA

Paso ahora a situar otra perspectiva en relación con lo terapéutico ligada, en este caso, con lo que el último Lacan (cf. 10, 11) escribió "sinthome", noción que fue elucidada en las últimas investigaciones UBACyT que he dirigido (programaciones 2008-2010 y 2011-2014). Introduciré esta perspectiva con un breve relato clínico.

Se trata de una joven que, en efecto, padecía de una anorexia. La vi tiempo después, en verdad, de haber sido tratada en una reconocida institución dedicada al tratamiento de las anorexias y bulimias en la Ciudad de Buenos Aires.

Ocurre que la anorexia de Marina -así llamaré a esta adolescente- se había agravado. Su dieta se reducía a líquidos: sólo consumía caldos, licuados, jugos, nada sólido. Cuando los padres se percatan de su anorexia -algo que, sorprendentemente, les lleva algún tiempo- concurren entonces con su hija a la institución, en la que se decide una internación debido al riesgo clínico que ya presentaba: en el momento del ingreso a esa institución la paciente pesaba unos 26 kilos.

En un tiempo relativamente corto, con un tratamiento muy riguroso, basado en un control severo de la "conducta" del sujeto -horarios y obligaciones de comida (especialmente la obligan a la ingesta de sólidos), etc.- la paciente comienza a subir de peso, supera el riesgo clínico, es "curada" de su anorexia y puede dejar la institución: seguiría un tratamiento ambulatorio.

Bien, ocurre que a la notable eficacia terapéutica, le sigue un acontecimiento inesperado. Ni bien deja la internación, llegada a su

casa, Marina intenta suicidarse cortándose las venas. Felizmente no logra su cometido, la salvan de morir desangrada. Por consejo de unos amigos los padres deciden entonces la consulta con un psicoanalista. Y allí es donde la conozco.

Digamos aquí que si el psicoanalista no tiene furor curandis no es por nada, es que con Freud supone que el síntoma quiere decir algo: hay que escucharlo, también en los casos de anorexia. Y efectivamente, en el hecho de que esta paciente sólo consumía líquidos había algo para escuchar. Era preciso hacer lugar al sujeto.

En este caso bastó únicamente con preguntar en la primera entrevista por qué sólo consumía líquidos. Es notable, hasta entonces nadie lo había preguntado. La respuesta llegó prontamente y entregó la punta de un delirio: esta paciente rechazaba comer sólidos porque de incluirlos en su comida, dijo, "se le iba a solidificar la sangre y el cuerpo". Ella pretendía mantenerse "líquificada" -son sus términos: un neologismo que aparece varias veces en su relato-. Debía mantener un estado permanente de "líquifacción". De lo contrario, indicó, terminaría "como Ben Grimm, el personaje de piedra de Los Cuatro Fantásticos".

Con el avance del tratamiento pudo establecerse que la dieta líquida a la que Marina se ajustaba era, en verdad, el paso final de una restricción alimentaria que de modo lento pero progresivo y sin pausa la joven se autoimpuso desde el momento mismo de su menarca, alrededor de los trece años. Comenta que luego de su primera menstruación no ha dejado de sentir sensaciones extrañas en su vagina, que le aparecen casi siempre cuando el sangrado se detiene. Siente en ese momento "una fricción extraña y unos ruidos raros" que a veces desaparecen al lavarse. Y, cuando ello no ocurre, "comer poco o no comer y tomar mucho líquido siempre ayudó". No lo ha contado a nadie, hasta ahora se arregló sola con eso. También cuenta que con la menarca o poco después le apareció la idea de que la madre quería "solidificarla" introduciendo "de contrabando" trozos de comida en los líquidos que tomaba, lo que la empujó a revisar con cuidado lo que consumía y, finalmente, a volver exclusivamente líquida su dieta, lo que le permitió también controlar aquella idea que se le había impuesto.

Y bien, la anorexia no está allí por nada. La restricción alimentaria y, finalmente, la reducción de su dieta a puro líquido tiene una función precisa en la estructura: forma parte de una solución, del modo por el que en este caso se mantiene estabilizada una estructura psicótica, específicamente, un modo de tratamiento de aquel raro fenómeno corporal.

Claro que esta solución es compleja: si se la lleva muy lejos conduciría hasta la muerte por inanición. Pero, obléguese al sujeto a despojarse de la solución que ha encontrado, en casos de psicosis como este, y se presenciara sino el desencadenamiento psicótico, pasajes al acto como el referido. No es poco frecuente, efectivamente, encontrar algunos de los llamados síntomas contemporáneos -no sólo anorexias y bulimias, también adicciones, toxicomanías- en estructuras psicóticas que se sostienen compensadas de esta manera. Y que se descompensan, precisamente, en el momento en que el "síntoma" -por la razón que fuese- cesa... o es "curado".

Pero entonces ¿qué hacer? Seguramente la respuesta no es dejar a la paciente morir por inanición para salvarla del pasaje al acto... ni la contraria. Si el síntoma aquí es ya una solución, pero una solución tan problemática que pone en juego la vida misma, se deberán tomar los recaudos necesarios para dirigirse hacia su levantamiento, por supuesto, pero promoviendo eventualmente la invención de alguna suplencia que venga a su lugar. Se verá cómo ello aconteció en este caso.

Pero antes es necesario destacar la lógica implacable que esta pa-

ciente despliega en el intento de suicidio. Un rigor que, pocas veces se encuentra fuera del campo de la psicosis: si el cuerpo se solidifica, si la sangre misma se solidifica por la ingesta de sólidos, la respuesta fue aquí abrirse las venas. La paciente lo dijo de esta forma: “no hubo opción, tenía que cortarme y dejar que la sangre fluya”. Con el avance del tratamiento ella relata que durante años temía -aunque no lo había dicho a nadie- que su madre quisiera “solidificarla” introduciendo “de contrabando” trozos de comida en sus dietas líquidas. Y comenta, casi al pasar, que cada vez que ese temor aparecía luego de la ingesta, realizaba largos baños de inmersión de modo de “liquificarse” previniendo cualquier intento de “solidificación” por parte de su madre.

Es así, que siguiendo su lógica, se pudo intervenir: le pregunté si no había probado nunca comer “sólidos” (así los llamaba ella misma) en la bañera, mientras tomaba sus baños de inmersión. Y... no, no se le había ocurrido, pero... ¡le pareció una buena idea!

Se trataba, en efecto, de avenirse a la subjetividad, en lugar de forzarla por cualquier medio a la ingesta de sólidos. Desde ese momento la joven comenzó a almorzar y cenar... en la bañera. En fin, hay gente que se lleva la bandeja de comida a la cama, otros que comen en el balcón, ¿por qué no podría hacerlo ella mientras se daba sus largos baños de inmersión?

Así, lo hizo por un buen tiempo, recuperando una vez más el peso perdido luego de su intento de suicidio, hasta que se consiguió promover otro orden de suplencia. Brevemente, porque no me detendré en ello, diré que en el curso posterior del tratamiento la joven construyó una suplencia más consistente que aquella que alcanza inicialmente comiendo en la bañera: algo que se acerca a lo que Lacan denominó en los años ‘50 metáfora delirante. Ella consigue en la actualidad sostenerse en una “genealogía marina”. Sus padres no son sus verdaderos padres, ella es en verdad hija de Poseidón, a veces dice que de Neptuno. En todo caso, ella proviene del mar. Señala, además, que ha podido corroborar su parentesco con las sirenas: le queda asegurado por esa sensación extraña que siente a veces, todavía, en la vagina: pero ahora sólo las “fricciones”, ya no los ruidos. Guarda esa certeza, aunque no indica nada -pero ¿qué podría decir?- sobre la vagina de las sirenas.

Hasta allí el relato del caso. Retomando la vía antes propuesta de una terapéutica propiamente analítica (propiamente analítica y aquí por fuera de lo que es el dispositivo analítico en un sentido estricto -el ideado por Freud para los neuróticos-, ya que estamos en el campo del tratamiento de la psicosis), es decir, de una terapéutica que se oriente por la ética del psicoanálisis, podría decirse que en este caso, de inicio, la intervención del analista -la que aquí subrayo, sugerir la posibilidad de comer “sólidos” en la bañera- se posibilita por una “sumisión completa [...] a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo”, como señala Lacan en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. Es que el intento de “curar” la anorexia dejando fuera al sujeto ya había mostrado los efectos perniciosos que podía acarrear. Por cierto, era preciso -por supuesto- alejar a la paciente del riesgo clínico y la muerte por inanición, pero haciendo lugar a la subjetividad. Y ello sólo fue posible reconociendo que en este caso la anorexia cumplía una función. Y no cualquiera. A pesar de que pudiese conducirla eventualmente a la muerte, reparaba, compensaba una falla en la estructura -en este caso, la forclusión del nombre del padre: la anorexia estabilizaba su psicosis-. Así esta anorexia tenía función de sinthome.

TERAPÉUTICA DEL SINTHOME

En su última enseñanza Lacan denominó sinthome al elemento cuarto que en una estructura tiene por función reparar la falla del

anudamiento de los registros imaginario, simbólico y real. En el Seminario 23 (11) propone, por ejemplo, que James Joyce no padeció de una psicosis -me refiero a una psicosis clínica, síntomas francos de psicosis- justamente debido a la operatoria de un sinthome -que en ese seminario nombra Ego para Joyce- que en el nivel de su deseo de hacerse un nombre, de ser El artista, garantizaba para su caso que los registros no se destaran, específicamente, que lo imaginario corporal no se desprendiera.

No me detendré en esta ocasión en ese desarrollo, pero es con esa orientación que llego a ligar en este caso la función del sinthome en el último Lacan con la terapéutica. Si el sinthome se aborda de modo general como reparación de la falla del anudamiento -que Lacan denomina en aquel seminario lapsus del nudo-, si no se lo confunde con la cara real del síntoma o no se lo supone un producto exclusivo del fin de la cura -reduccionismos muy extendidos que he llamado (16) realista y teleológico de la noción de sinthome- nada impide proponer que en ese último período de la enseñanza de Lacan no habría terapéutica que no sea del sinthome.

Efectivamente, por un lado hay que indicar que el sinthome para Lacan no es, en sí mismo, real -tampoco simbólico o imaginario-, sino aquello que, precisamente, puede enlazar los registros, dado que su anudamiento siempre es fallido y la reparación, consiguientemente, necesaria. No hay anudamiento de los registros en el ser hablante que no precise de la intervención de ese cuarto término que Lacan escribió sinthome.

Que luego, en cada caso, según el registro que esa reparación sinthomática redoble, haya en el sinthome una prevalencia de lo imaginario, de lo simbólico o de lo real, por supuesto, ese es el caso por caso. Pero en sí mismo, el sinthome no debe confundirse con la dimensión real del síntoma que, por lo demás, en este último Lacan también se destaca.

Por otro lado, que el sinthome no sea producto exclusivo del fin de análisis -como a veces se lo presenta- queda evidenciado por el hecho de que en el momento en el que Lacan tuvo que dar el ejemplo de alguien que habría alcanzado la construcción de un sinthome -en el Seminario 23-, se refiere justamente no solo a alguien que no finalizó un análisis, sino que ni siquiera lo comenzó, es decir a alguien que nunca se psicoanalizó: lo hemos nombrado, el escritor James Joyce.

Puede señalarse de paso, que cuando le preguntan a Lacan en ese mismo Seminario 23 si el psicoanálisis sería un sinthome, él no tarda en responder que no: que el psicoanálisis no lo sería, que el sinthome es... el analista mismo. Es decir, ya asoma aquí el sinthomanalista, la función de sinthome que podría tener un psicoanalista en la cura, si se quiere, la función sinthomática de la transferencia. Como se ve, lejos de indicar al sinthome como producto de la cura, Lacan lo sitúa en la cura misma.

Lo que, por lo demás, se verifica también en los comentarios que no pocas veces recibe el paciente de lo que se llama su entorno -familiar o el que sea-: la novia, la madre, el hermano que le anda diciendo ¿cuándo no? por ahí: “¡ah, pero no podés vivir ahora sin tu analista!, ¡es como si fuera tu muleta!”. Y bien, es cierto, hay que darles la razón al menos en parte, hay algo de eso, seguramente, toda vez que el analista-sinthome repara ya en el inicio de la cura, por su función, lo que se había desencadenado y obligó a la consulta. Y hay que ver que es justamente su función de sinthome -la del analista- lo que muchas veces vuelve interminable ciertos tratamientos: a veces se vuelve difícil deshacerse de ese remedio. De esta manera es preciso subrayar que nada impide concebir la función reparatoria del anudamiento -terapéutica entonces- que posee el sinthome por fuera, antes, durante y -por supuesto, tam-

bién, y seguramente ligado con lo que en esta ocasión abordo del lado de la identificación con el síntoma- después de un análisis. Pero nada nos obliga a concebirlo únicamente como un producto exclusivo del analizado.

Así, si se plantea al *sinthome* de este modo general, como aquello que, para un ser hablante, garantiza su estabilidad, por su función de anudamiento de los registros, puede llegar a plantearse que la anorexia -a veces, no siempre- pueda tener esta función. Es lo que señalaba antes ya para el caso de Marina como su “anorexia-solución”, entonces, su “anorexia-sinthome”. Anorexia que encadena: solución, sí, pero como se vió, solución muy problemática. El *sinthome* no tiene por qué suponerse siempre el mejor de los mundos.

Por fin, no deben pensarse que tales anorexias que encadenan -anorexias-sinthome- son patrimonios exclusivos de la psicosis, como el caso recién planteado. Nada impide a algunas histerias contemporáneas responder a la pregunta por la feminidad sirviéndose del “recurso” anoréxico: en nuestra época de declive paterno, muchas veces a falta de la armadura del amor al padre, la anorexia. A lo que conviene agregar que, por supuesto, hay anorexias también del lado del desencadenamiento -tanto en casos de neurosis, como de psicosis-: anorexias que no tienen función de *sinthome*.

JUICIO Y CÁLCULO DEL PSICOANALISTA

Para terminar, convendría recordar al Lacan de “La dirección de la cura y los principios de su poder” (2). Ese que señala que así como el paciente paga por sus sesiones, también lo debe hacer el psicoanalista: paga con su persona, paga con sus palabras, pero -y esto es lo que quiero subrayar- debe pagar “con lo que hay de esencial en su juicio más íntimo”. Y vale la pena recordarlo, justamente y para concluir, para hacer notar la necesidad de este juicio, del juicio del analista. La perspectiva “terapéutica” del *sinthome* nos obliga a plantearlo de esta forma: ¿Pondremos en cuestión en todos los casos la solución *sinthomática* que el sujeto ha encontrado para vérselas con lo real que la vida le ha arrojado? ¿Cuestionaremos siempre la *terapéutica sinthomática* que quien consulta ha conseguido oponer a lo que lo real de la existencia lo ha confrontado? La respuesta a este interrogante provendrá, caso por caso, tanto del “penar de más” (cf. 3) que, como se ha indicado, acompaña -paradójicamente- muchas veces las soluciones *sinthomáticas* de nuestros pacientes y habilita éticamente nuestra intervención, como del cálculo analítico -siempre limitado- de la posibilidad de la construcción, bajo transferencia, de una solución menos sufriente que venga en su lugar. Juicio y cálculo del psicoanalista.

BIBLIOGRAFIA

1. Lacan, J. (1955): “Variantes de la cura-tipo”. En *Escritos 1*, Siglo Veintiuno, México, 1984.
2. Lacan, J. (1958): “La dirección de la cura y los principios de su poder”. En *Escritos 2*, Siglo Veintiuno, México, 1984.
3. Lacan, J. (1964a): El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires, 1986.
4. Lacan, J. (1964b): “Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista”. En *Escritos 2*, op. cit.
5. Lacan, J. (1967a): “Proposición del 9 de octubre de 1967”, versión oral. En *Ornicar?*, n° 1, Petrel, Barcelona, 1981.
6. Lacan, J. (1967b): “Discours prononcé par J. Lacan le 6 décembre 1967 à l'E.F.P.”. En *Scilicet*, n° 2/3, Seuil, Paris, 1970.
7. Lacan, J. (1969-70): El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis, Barcelona, Paidós, 1992.
8. Lacan, J. (1972-73): El seminario. Libro 20: Aun, Paidós, Barcelona, 1981.
9. Lacan, J. (1974-75): El seminario. Libro 22: RSI, inédito.
10. Lacan, J. (1975): “Joyce el síntoma I”, 16-6-75. En *Uno por Uno*, 44, Eolia, Buenos Aires. También en los anexos de Lacan, J. (1975-76): El seminario. Libro 23: El *sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
11. Lacan, J. (1975-76): El seminario. Libro 23: El *sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
12. Lacan, J. (1976-77): El seminario. Libro 24: *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre*, inédito.
13. Miller, J.-A. (1989-90): El banquete de los analistas. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller, Paidós, Buenos Aires, 2000.
14. Miller, J. A. (1993), “Psicoanálisis y psicoterapia”, en *Registros*, tomo azul, Buenos Aires, 1993.
15. Paulhan, J. (1914): El guerrero aplicado, Tres Haches, Buenos Aires, 1999.
16. Schejtman, F. (2013): *Sinthome: ensayos de clínica psicoanalítica nodal*, Grama, Buenos Aires, 2013.