

Neurociencia, Psicoanálisis

Neuroscience, Psychoanalysis

Mario Sergio Kelman

Consejo de Investigaciones, Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Rosario, Argentina

mskelman@ciudad.com.ar - mkelman@sinectis.com.ar

Dirección postal: 3 de Febrero 1078 – PA – Dto. “2”

2000 Rosario (Provincia de Santa Fe) - República Argentina

Resumen. El objetivo del presente trabajo es reflejar el abordaje de clínica diferencial del psicoanálisis y la neurociencia. El método elegido es el análisis de caso y la argumentación, este último proveniente del campo del Derecho. La casuística ilustra los resultados obtenidos. Como conclusiones, la noción de síntoma es central a cada concepción clínica, e implica un diferencial que establece el campo, la estructura y sus funciones. El diferencial de la ciencia es un diferencial real, que no cifra, capaz de medición. El diferencial del psicoanálisis es un simbólico, capaz de cifrado, con su interpretación. No se trata de una oposición a las neurociencias ni a los fármacos, sino de interrogar sobre su estatuto ético, derivado de la primacía de la posición clínica del arte de curar. Punto de encuentro entre neurociencia y psicoanálisis en el marco de la época, caracterizada por un avance tecnológico y el discurso del capitalismo.

Palabras clave: Clínica, psicoanálisis, neurociencia, síntoma, ética.

Abstract. The aim of this paper is to reflect the differential clinical approach of psychoanalysis and neuroscience. The chosen method is the case-analysis and argumentation, that comes from the field of Law. Casuistry illustrates the obtained results. In conclusion, the concept of symptom is central to each clinical concept and it implies a differential that sets the field, structure and functions. The spread of science is a real difference, that does not figure, but it is capable of measuring. The spread of psychoanalysis is a symbolic difference, with its interpretation. This is not in opposition to the neurosciences or drugs, but to ask about its ethical status, derived from the primacy of the clinical position in the art of healing. The meeting point between neuroscience and psychoanalysis in the context of our time is characterized by the technological progress and the discourse of capitalism.

Key Words: Clinic, psychoanalysis, neuroscience, symptom, ethics.



Justificación del título

Si bien el título alude a una generalidad que reúne dos campos muy vastos, el acento de lectura debe recaer en la coma gramatical que separa ambos términos.

Apartándose de la función universitaria de un título que puntualiza un tema específico, *Neurociencia, Psicoanálisis* inscribe un modo de reunión de dos clínicas, un espacio “entre” una y otra que admite un hiato, una separación irreductible.

Introducción

A partir del descubrimiento de los neurotransmisores y el surgimiento de tecnologías y fármacos capaces de incidir en el órgano cerebral a nivel molecular, las neurociencias han pasado a participar en forma decisiva, en el lugar que la psiquiatría tiene reservado en el campo de la Salud Mental.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología producen nuevas demandas que afectan el campo clínico de la medicina como arte de curar, imponiendo nuevos procedimientos, protocolos y universales que tratan los cuerpos y los órganos.

Una nueva terapéutica con antiguos modos: producir efectos terapéuticos en los síntomas a través de manipulaciones en el órgano cerebral.

Para ello ha sido necesaria la construcción de una ficción de sujeto: el hombre neuronal. Un hombre caracterizado por cadenas asociadas de neuronas con una propiedad dialéctica de inhibiciones y de excitaciones que modulan el paso de estímulos sostenidos por los neurotransmisores.

La Neurología ha producido un avance importante con el descubrimiento de los neurotransmisores a nivel molecular, despejando que se trata fundamentalmente de un proceso químico y electromagnético que traduce diferencias de valencias en potenciales de acción. A su vez, los potenciales de acción conducen los estímulos e inervaciones que producen el movimiento.

Posteriormente tiene lugar el descubrimiento de la plasticidad neuronal, que formaliza la posibilidad de producción de nuevas neuronas y la sustitución de vías y localizaciones corticales en una estructura dinámica que es singular a cada viviente (Ansermet & Magistretti, 2006).

Se concluye que cada paso de estímulo por la neurona produce una huella. A partir de allí, se efectúan mediciones de todo tipo.

Kandel (2007) agrega al procedimiento físico una lógica combinatoria de los procesos químicos que, decíamos, producen diferenciales de potencial; visibilizando fenómenos que se rigen por un estatuto energético.

Se conceptualiza la memoria como la conservación de huellas y facilitaciones neuronales con capacidad de repetición de la respuesta.

Esta definición anuda memoria con repetición.

Si bien se complejizan los procedimientos combinatorios en un modo no lineal, a través de la modulación; el núcleo conceptual y central del esquema sigue siendo la noción de arco reflejo de Pavlov (Fachinelli y Piersanti, 1971).

Toda experiencia de medición, exploración por imágenes y experimentación, intenta la búsqueda de un diferencial que organice la imagen, la construcción epistémica de una estructura que dé cuenta de su surgimiento y funcionamiento.

Hay quienes asimilan la huella neural con la huella mnémica freudiana o el significante lacaniano. Se razona por analogía. No parece una afirmación sustentable.

Retomaremos este desarrollo más adelante.

La defensa y profundización de la clínica y su ética puede ser el punto de encuentro entre neurociencia y psicoanálisis en el marco de la época contemporánea, caracterizada por un avance vertiginoso de la tecnología y el discurso del capitalismo.

Psicoanálisis, neurociencia

La coma del subtítulo escribe un espaciamento, una disyunción sostenida.

La reunión lógica de ambos dominios epistémicos y discursivos, no recorta un orden de consistencia de saberes que compiten o se complementan. Ambos saberes reunidos recortan una intersección vacía, de falla: Psicoanálisis y Medicina se intersectan en la falla, en el punto de no saber de cada formalización.

Entonces no se trata de encuentro de saberes sino del encuentro del espacio de inconsistencia del saber de cada campo. Falla, vacío donde se aloja la verdad, que involucra necesariamente la relación del goce con el cuerpo, accesible por la vía del síntoma singular.

La interlocución se sostiene cuando es posible ponerse en falta respecto del saber, condición para que pueda formularse una pregunta.

Por ello, conservando las diferencias, se postula la interlocución de una clínica con la otra.

La ciencia afirma una dimensión del saber en la aprehensión de su real pero rechaza la dimensión de la verdad como causa material.

Situamos el rechazo de la verdad que porta el síntoma como escritura, en tanto remite a la particularidad de goce del ser hablante.

No se refiere a la verdad objetivada y exterior que propone el positivismo lógico, que se resuelve en valores que configuran una tabla que

por ejemplo, confirma o niega el valor de un saber experimental, predicándolo como verdadero o falso.

La interpretación del síntoma en tanto escritura no se mide como verdadero o falso, sino que a través de la interpretación se desencadena la verdad singular del ser hablante que el síntoma porta. Verdad entonces, que remite a la dimensión de goce en juego en el síntoma.

Precisamente la verdad como causa, es lo que la ciencia rechaza saber. (Lacan, 1965). La ciencia solo admite la incidencia de la verdad como causa en tanto causa formal. El psicoanálisis aporta la verdad en tanto causa material, presente en el síntoma como letra de goce y su sujeto.

El campo de goce remite a la energética freudiana, la dimensión libidinal del cuerpo presentada por el síntoma. No solo presentada, sino que el sesgo libidinal constituye la clave que permite la intelección del síntoma y la interpretación que éste porta.

El campo de goce lacaniano implica modos de satisfacción que se extienden desde los confines del placer hasta la muerte.

Concierne a cada ser hablante en tanto su condición de viviente en un cuerpo, cuya naturaleza se modifica por la incorporación del lenguaje.

En consecuencia, hay modos de satisfacción más allá del placer, que resultan paradójales en tanto se consuman a costa del sujeto, tal como Freud lo vislumbró por ejemplo en la dimensión del masoquismo y en la noción de beneficio secundario del síntoma.

El saber de la medicina y la tecnología aunque rechacen esta dimensión del síntoma, construyendo un saber formal del organismo, inciden en la relación del goce con el cuerpo, produciendo efectos; ignorados o no, buscados o no (Lacan, 1985).

Entonces, se trata de una interlocución posible sobre los modos de abordaje diferencial del cuerpo y la verdad concernida por la vía del síntoma, y de un tratamiento de goce posible, respecto de la clínica médica y la clínica psicoanalítica.

Algunas consideraciones

Se constata que la biología contemporánea se aplica prevalentemente al estudio de sistemas de lo viviente, a formalizaciones elaboradas a partir de la física y la química. Una biología que elide la cuestión de la vida y se aplica a una formalización del campo, tal como evidencia la lectura de los escritos de Francis Jacob (Jacob, 1999). Cada vez más se trata de los algoritmos de lo viviente.

Con este marco, se retoma la hipótesis de la existencia de una huella neuronal.

La huella neuronal se formula como una marca en la superficie protoplasmática, una alteración de la disposición producida por el paso de un

estímulo que modifica el medio celular. La huella neural constituye una metáfora científica que condujo a la hipótesis de un basamento biológico del inconsciente y del lenguaje.

Junto a la noción de huella, hace serie la tesis de la emoción como un estado somático asociado a una percepción, sea percepción exterior o de la huella en el sistema nervioso, que activa la disposición neuroquímica (Damasio, 2006).

En el Seminario el Acto Analítico (Lacan, 1967), Lacan hace un pormenorizado análisis de la experiencia pavloviana, que sitúa en el contexto de una ideología materialista propio de la época. No sin ironía, Lacan define a Pavlov como un estructuralista lacaniano que monta una experiencia que reproduce la estructura de lenguaje operando sobre el viviente, en este caso, el organismo animal de un perro.

Nos dice que Pavlov recibe su propio mensaje invertido.

Pavlov obtiene una respuesta refleja en el organismo –secreción gástrica- a partir de un estímulo condicionado –sonido de una trompeta elevado a la categoría de significante- que invierte la secuencia original que reúne la secreción gástrica producida por el alimento con el sonido de trompeta.

El sujeto de la experiencia no es el perro, sino Pavlov que sí dispone de la estructura y uso del lenguaje.

La experiencia pone en evidencia la incidencia del significante en el organismo y en sus funciones, toma del viviente por el lenguaje que modifica su biología. Lacan añade a la consideración del saber, una energética de goce y una dimensión de verdad.

Pavlov puede presentar su experiencia objetivando el saber resultante, solo en tanto forcluye, rechaza el sujeto de la ciencia –en este caso, del lado del experimentador como parte incluida y esencial del experimento- y la hiancia de la verdad respecto del saber, en la respuesta-síntoma.

Su teoría parte de la creencia en que el saber hallado y el lenguaje, eso estaba allí desde siempre, en el organismo del perro o por derivación, en el órgano cerebral del viviente humano.

Paradoja que sitúa el materialismo de Pavlov como síntoma de la necesidad de que “eso” crea en el Dios creador. Un Dios que habría puesto eso allí. Habría que consignar que Lacan acuña el neologismo *Dieure* que condensa Dios y Decir.

En la perspectiva de la teoría del arco reflejo, la memoria se formula como una reiteración de la disposición y de la respuesta del órgano. Claramente la memoria se formula como una repetición de los estados somáticos, receptores e inhibidores neuronales que dan lugar a través de la combinatoria de frecuencias de potenciales de acción, a una supuesta identidad de la respuesta del organismo y de la motricidad.

Es una memoria concebida como la repetición de combinaciones diferenciales registrables como frecuencia en lo real. Un diferencial real sin cifrado simbólico donde el lenguaje se concibe como una función orgánica más.

Es decir, la investigación neurológica establece por medios tecnológicos la detección y medición del paso de estímulos eléctricos por el sistema nervioso, localiza funciones por el consumo de oxígeno o existencia de agua u otras sustancias a través de un espectrograma. En todos los casos, se trata de la búsqueda de un diferencial en lo real que vuelva legible un esbozo de la función y su repetición, recortado y aprehendido en la imagen tecnológica.

Este diferencial real es del orden del número, un diferencial que no cifra ni soporta significaciones, a diferencia de un diferencial simbólico que por ejemplo, en la escena de un sueño, cifra una verdad del sujeto que seguramente concierne a su modo singular de satisfacción que define su existencia de sujeto.

El diferencial que el síntoma psicoanalítico inscribe es un simbólico capaz de cifrado, que se produce a partir de la inscripción de la inexistencia; como se verifica a través de la interpretación.

El diferencial que registra la neurociencia a través de las imágenes y demás recursos tecnológicos es una búsqueda del mismo orden de la que realiza Pavlov, en su célebre experimento. Profundicemos el detalle.

La experiencia presenta ante un perro un trozo de carne asociado a un estímulo condicionado, como ser tres tañidos de campana. El perro segrega jugo gástrico como respuesta a la señal pavloviana.

Posteriormente obtiene la misma respuesta con el sonido de las campanas sin el trozo de carne.

Por último, sustituyendo los tres tañidos de campana por tres luces que se encienden, obtiene la misma respuesta en el organismo animal.

Lo que en la experiencia pasa es el “tres”. Es decir, se trata del número, diferencial real sin cifra ni significación.

La argumentación y la demostración neurológica encuentran un importante aporte en el estudio experimental de las afasias y demás lesiones cerebrales. El resultado obvio indica que una lesión orgánica interrumpe la función de lenguaje o función respectiva.

Si bien se pone de manifiesto que una lesión cerebral puede producir una afasia; constituye un exceso sostener lo inverso. Esto sería, atribuir a la región cortical afectada la causalidad y la determinación del lenguaje y operaciones concernidas, como si el cifrado y la simbolización fueran secreciones del órgano cerebral.

No hay reciprocidad, no hay reversión lógica ni epistémica. No porque una afasia o lesión en una zona cortical implique falla de la función, se verificaría en el mismo procedimiento que la función proceda de la zona u órgano no afectado.

Que un órgano se constituya en soporte viviente de una función, no indica que la función surja, esté causada en el órgano.

Los antecedentes de la Escuela de Cambridge han sido determinantes del debate.

La Escuela de Cambridge sostiene la pertenencia de la ciencia del lenguaje a las ciencias de la naturaleza. Define al lenguaje como una propiedad distintiva de los seres vivientes que lo vincula entonces con la especie, lo cual ubica la ciencia del lenguaje como una rama de la biología. Expresada contemporáneamente en un marco conceptual neodarwiniano compatible con los desarrollos de la psicología cognitiva, se articulan recíprocamente y dan lugar a un programa de investigaciones con el propósito de integrar lenguaje y naturaleza (Milner, 2000).

La Escuela de Cambridge plantea un programa que asume el conjunto de estas premisas como un programa posible, necesario y suficiente para definir el objeto de la ciencia del lenguaje; discerniendo entre quienes se proponen estudiar el lenguaje en su aspecto biológico y quienes como Chomsky (Milner, 2000), consideran al lenguaje como un objeto íntegramente pasible de biología.

El programa referido particularmente es atribuido a dos autores: Chomsky y Lorenz.

Se formula una proposición fundamental: el lenguaje es un órgano.

La proposición el lenguaje es un órgano implica dos proposiciones subordinadas:

- El lenguaje es innato, o el lenguaje no es un órgano más que si es innato.
- El lenguaje es específico. Esto lo hace semejante y diferente de otros órganos que responden a funciones igualmente específicas como el ojo y la visión, lo cual le confiere un estatuto de derecho (Milner, 2000).

Lacan (1961) se rehúsa a abordar el origen de lenguaje, pero subraya la evidencia de que el lenguaje se le presenta en exterioridad al viviente. El lenguaje está en lo real y el viviente humano lo incorpora produciéndose un ser hablante, por el anudamiento de las dimensiones real, simbólico, imaginario.

Nuevamente, coexistencia de ambas clínicas sosteniendo las diferencias, con un diálogo posible en tanto se sostenga la intersección de no-saber de ambos campos, y una ética compartida a partir de la primacía de la clínica.

A continuación, dos viñetas clínicas tomadas de notas de archivo, que evidencian lo diferencial de ambas clínicas, a pesar de lo cual, es factible la práctica y la interlocución.

Posteriormente y para finalizar, algunas viñetas adicionales sobre testimonios clínicos relevados en la práctica que manifiesta la existencia de un campo de investigación abierto, en sus inicios y a recorrer.

Un dispositivo

Lo que sigue está extraído de notas de archivo de una práctica, llevada a cabo a través de un dispositivo clínico consistente en una entrevista de evaluación subjetiva de pacientes, luego de efectuarse una RMNF (Resonancia Magnética Nuclear Funcional), con el objeto de hacer lugar al discurso en relación al motivo de consulta que causa la necesidad de dicho examen complementario.

La entrevista se constituye en un tiempo y un lugar para una oportunidad del sujeto, un relampagueo de verdad entredicha.

En todas las entrevistas se verifica que el primer efecto de poder hablar de lo que le ocurre, se corresponde con una sensación de alivio del paciente.

Luego de la exposición del cuerpo ante la tecnología, al tomar la palabra recupera un lugar dónde puntualizar y asumir sus propias determinaciones y consecuencias.

Cuando esto se alcanza, generalmente es acompañado de un efecto de sorpresa.

A continuación transcribiremos notas del Informe del abordaje de diagnóstico neurocientista a partir de la técnica de Diagnóstico por Imágenes y lo relevado en una entrevista con el paciente OC, que posibilite una lectura diferencial.

Posteriormente, una entrevista realizada con otro paciente, AE; cotejando los diagnósticos y terapéuticas producidos con referencia a ambas clínicas

Casuística

Estudio: RMN Funcional de cráneo – Tractografía.

Paciente: OC

Informe

El sistema ventricular está conservado.

Las estructuras de la línea media se hallan en su topografía habitual.

No se detectan signos de leucoencefalopatía ni procesos expansivos infiltrativos.

El tronco encefálico, los pedúnculos cerebelosos y hemisferios cerebelosos no muestran alteraciones.

Del examen tractográfico

Se observa una disminución de las fibras en los centros semioviales de ambos lóbulos frontales y también de las estructuras profundas de los lóbulos temporales.

Del examen espectroscópico

También muestra una franca disminución de los picos de N-Acetil Aspartato bilateral en ambos lóbulos temporales a predominio izquierdo que sugiere disfunción y/o despoblamiento neuronal.

La estimulación cortical con técnica Bold con test modificado de Boston produce activación de áreas frontales y subcorticales.

No se detectaron otras observaciones.

Conclusión:

Estudio de RMNF que muestra principalmente disminución de fibras de los centros semioles de ambos lóbulos frontales y de estructuras profundas de los lóbulos temporales con alteración espectroscópica de los hipocampos; debiéndose correlacionar con los antecedentes y el cuadro clínico.

Entrevista analítica con el paciente OC

El paciente relata que en la fecha se le practica una RMN de cerebro según la prescripción efectuada por la Dra. C (Médica Psiquiatra) con quien está en tratamiento desde hace dos meses, período en el que realiza cuatro entrevistas.

Sitúa su síntoma en una agresividad manifiesta en estallidos episódicos que ocurren generalmente en el contexto de discusiones con sus amigos o con su esposa. La ira lo invade y sin darse cuenta se desliza en expresiones de violencia verbal y gritos pero sin llegar hasta ahora a la violencia física.

No encuentra explicaciones ni motivos que justifiquen estas crisis, que parecen más bien momentos de fuga o extravío del sujeto. En un primer momento se deja llevar por el odio que lo invade, hasta que en un segundo momento toma noción de lo ocurrido.

Un detalle importante.

OC relata su problema de violencia como algo que le ocasiona sufrimiento, lo afecta y padece. Lo cual habla de que OC conserva una posición ética respecto de la violencia que experimenta.

Identifica su síntoma con su padre, de quien dice que tenía accesos de ira muy similares, fundamentalmente dirigidos al hijo primogénito y hermano mayor del paciente.

En esta familia el hijo primogénito tiene siempre el mismo nombre que el padre en las sucesivas generaciones; por lo cual se produce una descendencia generacional donde hay siempre un JM hijo de JM.

Se trata de una familia de inmigrantes cuyos bisabuelos radican en Argentina luego de viajar mayoritariamente desde Europa. Su infancia transcurre en un medio muy humilde y pobre de recursos económicos.

El padre mantiene una preferencia notoria con el hijo primogénito brindándole medios y soportes que no le dispensa a él, por ejemplo para la continuidad de sus estudios.

OC desde muy corta edad y a diferencia de su hermano, se ve abandonado y librado a sus medios, lo cual se inscribe como una caída del lazo filiatorio.

Los enojos de OC se producen cuando en presencia de ocasionales interlocutores, se plantean preferencias.

Se observa que el orden de transmisión simbólica que se efectúa en OC, rechaza la diferencia; a partir de lo cual la diferencia se inscribe como oposición que excluye.

Se trata de la misma lógica de transmisión que identifica el padre con el hijo primogénito excluyendo lo otro, lo diferente. Falla de la articulación de la alteridad con la diferencia

Esto hace que cada vez que OC encuentra una diferencia contingente, se le traduce en una preferencia que lo excluye, lo cual le provoca un acceso de ira pasional que se tramita por la violencia verbal sin llegar por el momento, a un pasaje al acto. Lo pasional es una figura de goce que no encuentra cauce ni amarre por la palabra. Dejarse llevar por el odio pasional es abandonarse a una satisfacción oscura, a lo que el sujeto podrá responder eventualmente transitando una experiencia analítica.

En los lazos generacionales de esta familia hay una falla por la cual no se aloja la alteridad ni la diferencia se inscribe como tal. Falla por la cual irrumpe lo pasional desbordado de la contención de la palabra en el límite de la violencia verbal.

Esta hipótesis se verifica en dos asociaciones posteriores que relata OC.

La primera alude a que en su infancia encuentra felicidad y una estadía placentera visitando las familias de los vecinos que le dan alojamiento. Ello le permite suplir los lazos que no encuentra en su familia de origen y le posibilitan constituir su familia actual, en la que se preocupa que sus hijas tengan autonomía de decisiones y de realizaciones.

La segunda refiere a que su padre y su hermano mayor eran hinchas de Rosario Central y dada la situación decide adoptar la divisa de otro club. No se anima a tomar la camiseta del rival clásico que le acerca un tío por temor a la violencia del padre, pero adopta la divisa de "Independiente", curiosa marca que inscribe una conquista del sujeto por el lugar que él mismo pudo construirse.

Si bien no se encuentran en esta única entrevista fenómenos productivos que indiquen una estructura psicótica, esta falla por donde irrumpe el odio sitúa un defecto de la función paterna para articular la transmisión y el lazo en la descendencia generacional y el síntoma adquiere un sesgo paranoide que le permite acotar y regular el despliegue pasional.

Entrevista analítica con el paciente AE

Paciente del Dr. C. quién le indica una RMNF.

El paciente, en su relato menciona que su problemática se produce desde hace 3 años y medio, cuando nota un episodio de sudor y adormecimiento de una parte de su rostro que luego relaciona al nervio trigémino. Hace una primera consulta con el Dr. K. médico neurólogo de la ciudad de X, que le diagnostica un efecto de *stress* y le prescribe un psicofármaco.

Posteriormente consulta a un médico Psiquiatra de la ciudad S, el Dr. R. que le prescribe antidepresivos.

Mantiene entrevistas con terapeutas orientados en la psicología cognitiva conductual quienes le proponen patrones de acción para moderar la ansiedad y organizar su actividad.

No obstante, si bien disminuye la ansiedad, subsisten problemáticas de irritación, nerviosismo y depresión alternada con momentos de inquietud.

El paciente aporta un detalle pertinente, cuando respecto a preguntas acerca de los años transcurridos desde una situación determinada, responde aportando la fecha del acontecimiento ocurrido. Ante la solicitud de aclaraciones, evidencia la imposibilidad de hacer una cuenta respecto del tiempo transcurrido.

El paciente orienta su vida por fechas. Con la particularidad de que dichas fechas constituyen referencias exteriores a su vida, que vivencia como extranjero, al margen de lo que acontece.

No hay apropiación del tiempo que le posibilite hacer una cuenta propia.

En su relato se escucha su no-inclusión subjetiva, su no-implicación en lo que hace acontecimiento.

Relata que ha vivido afuera de su vida y siempre se ha dedicado a cumplir con lo que se le presenta, que toma la forma de imperativo.

Su referencia han sido las demandas que se le formulan sin que haya espacio para una decisión propia ni una elección.

No puede dejar de responder, siempre desbordado por los mandatos, cuyo intento de cumplimiento sostenido le reporta una satisfacción moral a la que ofrenda su vida.

Un episodio significativo permite secundariamente vislumbrar las diferencias entre la interpretación cognitivo-conductual y el psicoanálisis.

El paciente relata la reiteración de situaciones de desencuentro. Por ejemplo, deja los lentes en la mesa y luego no puede encontrarlos.

Esto fue interpretado por el terapeuta cognitivo como una disfunción de la memoria de corta duración. Leído como que el paciente deja los lentes y al poco tiempo *no recuerda* donde los dejó.

En la entrevista, el paciente relata que no obstante, puede llegar a verlos cuando encuentra una distancia apropiada que le permite percibir una escena, y en esa escena global distinguir los lentes.

En realidad lo que el paciente dice, es que él puede encontrar los lentes cuando se encuentra en la distancia que le permite una percepción de la escena, cuando puede enfocar. Esto es, cuando se puede incluir en el foco que organiza la escena y hay función de marco que establece el cuadro de realidad.

No se trata de un problema de memoria, sino que se trata de un problema de inclusión subjetiva, a partir de hacer lugar a lo propio, abriendo otro espacio topológico que el espacio de los imperativos superyoicos

Comentario

El paciente OC.

El estudio médico por medio de la imagen de la RMNF se orienta por el diagnóstico diferencial de impulsividad o epilepsia y sus respectivos patrones. En el primer caso -impulsividad- se evalúa una posible disminución de volumen del lóbulo temporal del cerebro, posible esclerosis del hipocampo o eventual tumor. En el segundo caso -epilepsia- se evalúa la estimulación de la amígdala y la eventual disminución de los haces dirigidos hacia el lóbulo frontal. Se considera las variaciones de conectores sinápticos, particularmente el acetil-aspartato.

En las entrevistas se plantea otra lógica, otra clínica. Las impulsiones se sintomatizan con el apoyo de un *partenaire* que oficia de otro del síntoma, con accesos pasionales en torno a un real que desborda lo simbólico y lo imaginario, produciendo desanudamientos o crisis. Se releva una falla en la función del nombre del padre, la filiación y la articulación de la alteridad y la diferencia.

Lo pasional es figuración de goce.

El psicoanálisis aporta una orientación en orden a la estructura que responde a la singularidad del caso por caso, a partir de lo que se escucha.

El estudio de la imagen médico-técnica prescinde del discurso y plantea un abordaje del órgano real a través de las convenciones del discurso científico.

Sea a través de diagnósticos neurológicos, de clínica general o psiquiátricos, la referencia es la región del órgano, las vías o tractos y las proporciones de neurotransmisores que alojan y determinan una función orgánica alterada.

La psiquiatría evidencia una creciente caída de la posición clínica, manifiesta en la publicación y aplicación de los manuales diagnósticos de la serie DSM que han potenciado el afán terapéutico asentado en el fármaco; y tras el fármaco, la industria farmacéutica, laboratorios y empresas de salud.

En este contexto, no se objeta el empleo de las imágenes diagnósticas como un recurso válido y útil. La objeción se hace a nivel del uso que pueda hacerse de ello cuando se toma el dato relevado por la técnica desprendido de la clínica y de la palabra del sujeto, como criterio objetivo que conduce a la prescripción automática de fármacos.

La publicación en Revistas Científicas de patrones de imágenes en correspondencia con cada cuadro nosográfico del manual DSM, refuerza esta lógica tecnócrata que eleva el síntoma a la categoría de un universal que se continúa en la especificación de protocolos terapéuticos que eliminan la particularidad de cada caso y cierra el acceso a la palabra. Desconoce incluso las nuevas y recientes formulaciones sobre la plasticidad neuronal, que plantean la singularidad de cada paciente y del momento de cada paciente, en una configuración de estructura dinámica y variable.

Si esta tendencia prevaleciera, el riesgo inmediato se presenta a través de las consecuencias para la clínica y el sujeto. Lo rechazado es el orden de verdad del estatuto del síntoma.

Es evidente que una alteración del órgano produce efectos a nivel de la función. Constituiría un deslizamiento excesivo hacer del órgano la causa de la función y del síntoma, que conduce a una reducción objetivante de lo humano.

El segundo caso a ampliar en el comentario es el paciente AE.

El programa de la neurociencia se apoya en la ficción del hombre neuronal, es decir, un humano caracterizado fundamentalmente por el sistema articulado de neuronas interconectadas y sus modificaciones.

Para responder las preguntas que el síntoma reconducido al órgano le plantea al científico, surge la necesidad de creación de ficciones o construcciones científicas.

Tal necesidad de discurso, condujo a la duplicación del órgano real en un órgano de ficción llamado mente.

La mente no es otra cosa que la duplicación imaginaria del órgano cerebral vaciado de sustancia, que duplica el conjunto de funciones, atribuyéndole una organización sintética y sistemática. Con lo cual, pretendiendo hallar respuestas, se duplican las preguntas.

Aún con el rodeo de la mente, el propósito es el mismo: a través de la sugestión en sus más diversas y sofisticadas formas o del fármaco, se pretende incidir en el órgano para ajustar la función subjetiva alterada, lo cual no solo no resuelve el síntoma, sino que lo incrementa o lo agrava.

El caso AE muestra claramente tal supuesto en un paciente al que se le diagnostica tensión por *stress* laboral y pérdida de memoria de corta duración.

El *stress* no es otra cosa que la incidencia de la demanda en un órgano.

Allí donde la demanda no encuentra un límite fuera del cuerpo, el órgano hace de último límite, a sus expensas.

De la entrevista surge que el sujeto en realidad dice haber vivido al margen de su propia existencia.

En consecuencia no se trata que no haya *perceptum*, sino que no hay sujeto “percipiente” en el punto de foco de la visión, no hay *percipiens* porque allí hay ausencia.

Esto hace que el síntoma del no registro de donde dejó sus lentes, en realidad habla de la ausencia del sujeto de su lugar.

El cognitivismo o la clínica del fármaco implican respectivamente un ejercicio de la autoridad del fármaco y de la autoridad del terapeuta enmarcada en un tratamiento que apela al poder de la sugestión. En consecuencia, pone la responsabilidad del lado del terapeuta, desresponsabilizando al sujeto.

La experiencia psicoanalítica implica un poner al trabajo al sujeto respecto del síntoma que lo trae a la consulta, debiendo implicarse y asumir la verdad de su propia conformación patológica. El sujeto es sujeto responsable de su problemática particular, de su posición en la estructura.

En este caso, el intento imposible y sostenido del cumplimiento de los mandatos superyoicos, a costa de la elisión del sujeto, es el punto de goce en que está concernido.

La asunción de su verdad particular en el camino de su cura posibilita la rectificación subjetiva.

Los siguientes testimonios y referencias clínicas tomadas de notas de archivo de un Ateneo de presentación de casos, demuestran la existencia de una perspectiva de trabajo conjunto.

1. Un paciente se presenta relatando que cada año sufre dos crisis de dolor que irrumpe sorpresivamente, devastándolo. Solo encuentra alivio si inmediatamente se coloca en posición horizontal, acostado sobre la tierra; hasta que el dolor se retira.

Interrogado sobre su historia, menciona que nace en zona rural y a muy corta edad queda huérfano de padre y madre. Se cría en soledad, sobreviviendo en un medio salvaje, alimentándose de la recolección y la ayuda ocasional que recibe.

A los cinco años comienza a trabajar conduciendo un tractor, como peón de campo.

Su historia parece establecer una falla en la filiación.

Actualmente el paciente vive cada momento a la espera de la irrupción de la crisis de dolor. Esta espera y el dolor le aportan un Uno que evita la fragmentación. El dolor toma una connotación sintomática confirmando su existencia, es lo que anuda la estructura real-simbólico-imaginario.

2. De un modo similar al caso anterior, existen varios casos en los que hay dolor que toman valor de síntoma, que incluso migran por zonas del

organismo sin responder a la dirección de vías anatómicas de transmisión de dolor. Casos en los que irrumpen el dolor sin ninguna investidura simbólica que constituye la envoltura formal del síntoma. La investidura simbólica metaforiza una verdad del sujeto, mediante la construcción del síntoma en transferencia, cuando se dispone de una instancia de lenguaje que otorga una distancia topológica respecto del organismo.

En el relato de estos pacientes se constata el hundimiento de deseo y lo doloroso de una existencia desprendida del deseo, aproximándose al padecimiento de la melancolía que Lacan indica como dolor de existir.

Paradójicamente, el dolor confiere cuerpo a la existencia, aún desligada del deseo.

La misma lógica, pero sumamente agudizada, se constata en casos de pacientes con *miastenia gravis*.

3. Una paciente presenta el padecimiento de acúfenos.

De su relato se desprende la hipótesis de una proximidad del acúfeno con la alucinación auditiva. Se corrobora la existencia de exigencias extremas y una configuración de imperativos superyoicos que oprimen la subjetividad, ajustan el espacio y tiempo; y el movimiento tiende a su supresión.

La hipótesis se prolonga en una falla de la extracción del objeto voz, por lo que no debiera oírse -lo áfono de los imperativos- de pronto se torna audible en la forma de ruidos y zumbidos; próximos, aún cuando con una distancia, respecto de las voces audibles en las psicosis.

Todo un espacio se extiende entre lo escrito y el órgano, atravesado por la pulsión de muerte.

Campo de investigación a desarrollar, de lo que existe escaso testimonio.

Un antiguo aforismo médico afirma que no hay enfermedades, sino enfermos.

Freud descubre que cada paciente tiene un modo propio de transitar su enfermedad, una relación singular con su síntoma, que nombra como beneficio secundario, y hasta un modo propio de morir.

Compartamos los interrogantes.

Lacan (1964/2008) menciona que todo organismo se estructura con una dehiscencia que le es propia. La dehiscencia es la forma de abertura estructural de un cuerpo.

Un diamante en bruto pasa por una talla. Pero la talla del diamante no es posible realizarla de cualquier modo. Los cortes tienen que pasar por la dehiscencia de las grietas que estructuran el cuerpo del diamante.

¿Es posible que un organismo conlleve los cortes de un modo propio de enfermar y de morir?

¿Es posible que el corte de la muerte al final de la vida opere donde el corte ya estaba prefigurado en la estructura, donde ha operado la pulsión de

muerte, siendo la letra el borde, límite de lo real? ¿Cuando no hay letra ni borde, será la grieta que arrastre de un modo más o menos irrefrenable a lo irremediable?

Para finalizar

Existe un vasto campo de investigación aún inexplorado, en la frontera entre la clínica médica y la clínica psicoanalítica.

La conclusión de este recorrido repara en que los abordajes y terapéuticas médicas y psicoanalíticas ni se excluyen ni se complementan. Es posible un abordaje donde las prácticas lleguen a distintos reales, con diversos alcances y produzcan diferentes efectos.

Por otra parte, se trata de un campo de investigación abierto en un estado inaugural. Razones suficientes para sostener una interlocución respetando la particularidad de cada clínica. Reunión entonces, que admite la hiancia entre una y otra.

Referencias

- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Damasio, A. (2006). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Ediciones Crítica.
- Kandel, E. (2007). *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Lacan, J. (1964/2008). *El Seminario Libro XI. Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1965/1978). *Seminario XVIII – El objeto del psicoanálisis*. Clase de apertura. Inédito. También publicada como *La ciencia y la verdad*, en *Escritos Tomo II*. Pág. 340 a 362. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y Textos*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Lacan, J. (1967). *Seminario el Acto Analítico*. Inédito.
- Milner, J. C. (2000) *Introducción a una ciencia del lenguaje*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Fachinelli y Piersanti (1971) *Freud y Pavlov*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina SA.
- Jacob, Francis (1970/1999) *La lógica de lo viviente*. Barcelona: Tusquets Editores SA.
- Lacan, J (1961) *Seminario La Identificación*. Inédito.

Recibido: 10 de octubre de 2012

Aceptado: 15 de febrero de 2013