

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

# Consideraciones para una interfase medicina, psicoanálisis.

Kelman, Mario.

Cita:

Kelman, Mario (2008). *Consideraciones para una interfase medicina, psicoanálisis. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/562>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/nPa>

*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>.*

# CONSIDERACIONES PARA UNA INTERFASE MEDICINA, PSICOANÁLISIS

Kelman, Mario  
Consejo de Investigaciones, Universidad Nacional de Rosario. Argentina

## RESUMEN

¿Cómo formular una interfase medicina-psicoanálisis en la contemporaneidad? Se plantea el interrogante a través de la consideración y el debate de testimonios clínicos obtenidos a través de un dispositivo clínico que consiste en una entrevista de evaluación del paciente luego de efectuarse una RMNF (Resonancia Magnética Nuclear Funcional). Recientes desarrollos proponen actualizar el diálogo a la luz de los recientes desarrollos de la neurociencia y en particular a partir de los hallazgos que demuestran la plasticidad neuronal. La intersección lógica de ambos dominios discursivos no debe recortar un orden de consistencia de saber, sino de falla: Psicoanálisis y Medicina se intersectan en la falla, en el fracaso, en el punto de inconsistencia del saber de cada campo que concierne a un orden de verdad, que involucra la relación diferencial del goce con el cuerpo. Se trata de lo que la medicina y el psicoanálisis aportan, no el uno al otro, sino al ser hablante. Del mismo modo que el discurso del derecho pueda constituir un discurso auxiliar del sujeto; se lo sepa o no, el discurso médico puede oficiar una suplencia en el ser hablante.

## Palabras clave

Psicoanálisis Medicina Interfase Clínica

## ABSTRACT

### ABOUT MEDICINE AND PSYCHOANALYSIS INTERFACE

How to pose an interface between medicine and psychoanalysis at present? This question arises from the consideration and the debate on the clinical testimonies obtained from a clinical device which consists of an interview with the patient for evaluation after a MNFR. Recent developments propose to update the dialogue according to the latest neuroscience developments that show the neuronal plasticity. The logical intersection of both discursive domains, must not cut an order of consistency of knowledge, but it must cut the failure. Psychoanalysis and medicine meet when the knowledge of each field is inconsistent. This concerns a true order that involves a differential relationship between enjoyment and the body. It is a matter of what medicine and psychoanalysis contribute not to each other but to the talking been. In the same way that the discourse of the right may contribute to make an auxiliary discourses for the subject; the medical discourses may constitute a substitution for the talking been.

## Key words

Psychoanalysis Medicine Interface Clinic

## 1. EL DISPOSITIVO

Se establece un dispositivo clínico que consiste en una entrevista de evaluación del paciente luego de efectuarse la 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 de una oportunidad para el sujeto, un relampagueo de la verdad entredicha. El primer efecto de la toma de la palabra es una sensación de alivio del paciente, luego de la exposición silente del cuerpo ante la tecnología. Al hablar, recupera un nombre, un cuerpo, un lugar donde puntualizar y asumir sus propias determinaciones y consecuen-

cias; que cuando se logra, se produce un efecto de sorpresa.

## 2. FRAGMENTOS CLÍNICOS

**2.1 Paciente OC:** Sitúa su síntoma en una agresividad manifiesta en estallidos episódicos en el contexto de discusiones con sus amigos o con su esposa. La ira lo invade y se desliza en expresiones de violencia verbal y gritos pero sin llegar a la violencia física. No encuentra explicaciones ni motivos que justifiquen estas crisis, que parecen más bien momentos de fuga o caída del sujeto, hasta que en un segundo momento recupera la posición y la noción de lo ocurrido. OC relata su problema de violencia como algo que le ocasiona sufrimiento, lo cual muestra que conserva una posición ética. Además identifica su síntoma con su padre, de quién dice que tenía accesos de ira muy similares. El padre de OC se llama JM y fallece en el año 1976 a los 54 años de edad. En esta familia el hijo primogénito tiene siempre el mismo nombre que el padre en las sucesivas generaciones; por lo cual existe una descendencia donde hay siempre un JM hijo primogénito de JM. El padre de OC mantiene una preferencia notoria con el hijo mayor brindándole medios y soportes. A diferencia de su hermano, OC se ve librado a sus medios, lo cual se inscribe como una caída del lazo filiatorio. Se observa que en este orden de transmisión simbólica se rechaza la alteridad y la diferencia que se inscribe como oposición que excluye. Sigue la misma lógica de la transmisión privilegiada de padre a hijo primogénito de la cual OC queda excluido. Esto hace que cada vez que encuentra una diferencia se traduce en una preferencia que lo excluye lo cual le provoca un acceso de ira pasional que hasta ahora se tramita por la violencia verbal sin llegar al acto.

Esta hipótesis se verifica en dos asociaciones posteriores que relata OC. La primera alude a que en su infancia encuentra refugio visitando las familias de los vecinos que le dan alojamiento, lo cual le permite suplir los lazos familiares y le posibilita luego, constituir su familia actual. La segunda refiere a que su padre y su hermano mayor eran hinchas 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, se sitúa que 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.

**2.2 Paciente AE.** Su problemática se inicia 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, situaciones de nerviosismo, irritabilidad e insomnio.

Su relato evidencia una posición mimética respecto al discurso del Otro, en este caso, encarnado por los médicos que ha consultado. Se pone de manifiesto una falla en la operación de alineación. El paciente reitera sus consultas intentando constituir un Otro desde el cual articular un llamado a partir del cual, lograr una posición.

En una entrevista al Dr. R, ante preguntas acerca de cuántos años transcurren desde tal o cual situación, él no responde haciendo la cuenta de los años transcurridos, sino que responde aportando la fecha del acontecimiento pasado. Es decir, no hay cuenta propia. El paciente orienta su vida por fechas, en tanto referencias exteriores a su vida, pero no puede conducirse apropiándose de su tiempo, lo cual le daría un lugar incluido en los acontecimientos: ha vivido al margen de su vida y siempre dedicado a cumplir con lo que se le presenta. Su referencia han sido demandas que se le imponen, no pudiendo dejar de responder, siempre desbordado respecto de lo que se le presenta.

Hay un episodio interesante que permite secundariamente vislumbrar las diferencias entre el enfoque cognitivo-conductual y el psicoanálisis. El paciente relata que a veces le ocurre que deja los lentes en la mesa y luego no puede encontrarlos. Pero

agrega que puede llegar a verlos cuando encuentra la distancia que le permite percibir una escena global, y en esa escena global distinguir los lentes. Esto fue interpretado por el terapeuta cognitivo como una disfunción de la memoria, como que el paciente deja los lentes y al poco tiempo *no recuerda* donde los dejó. En realidad lo que el paciente dice es que él puede encontrar los lentes cuando puede enfocar; es decir, cuando **se** puede incluir en el punto de foco que determina la percepción. No se trata de un problema de memoria, sino que se trata de un problema de inclusión del sujeto debido a que ha vivido enajenado de su propia vida.

### 3. COMENTARIO

**3.1. 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, se evalúa una posible disminución de volumen del lóbulo temporal del cerebro, posible esclerosis del hipocampo o eventual tumor. En el segundo caso se evalúa la estimulación de la amígdala y la eventual disminución de los haces dirigidos hacia el lóbulo frontal.

En las entrevistas se plantea una lógica que establece la impulsividad como instancia que el paciente sintomatiza 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 con la diferencia. El psicoanálisis aporta una orientación en orden a la estructura que se establece en la singularidad del caso por caso, a partir del discurso. 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. Se advierte que esta tendencia se profundiza actualmente con un eventual uso impropio de RMNF ajustado a patrones de imágenes correspondientes a cada cuadro de la nosografía DSM. No se objeta el empleo de las imágenes como un recurso diagnóstico válido y útil. La objeción se hace a nivel del uso que pueda hacerse cuando se toma el dato técnico desprendido de la clínica y la palabra del sujeto, como criterio que conduce a la prescripción automática de fármacos.

Lo rechazado es el orden de verdad del sujeto respecto del estatuto del síntoma.

**3.2. El segundo caso es el paciente AE.** Se le diagnostica tensión por stress laboral y pérdida de memoria de corta duración. En la entrevista se dice haber vivido al margen de su propia existencia. En consecuencia no se trata que haya falla mnémica, sino que no hay sujeto en el lugar del foco, hay perceptum pero no hay percipiens porque ese lugar se encuentra ausente. Esto hace que el síntoma del no registro en realidad hable de la ausencia del sujeto. Respecto del stress, se trata de una Demanda planteada en forma absoluta que no encuentra otro límite que afectando un órgano. Esto ubica el síntoma en su dimensión de verdad y brinda una perspectiva totalmente diferente en relación a la responsabilidad subjetiva respecto del síntoma y al contexto de la cura.

Para responder las preguntas que el síntoma -reconducido al órgano- le plantea al científico, surge la necesidad de creación de ficciones o construcciones científicas. Ante tal necesidad de discurso, se responde con 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, pero el propósito es el mismo: a través de la sugestión y del mismo modo que a través del fármaco, se pretende incidir en el órgano para ajustar la función subjetiva alterada.

La cuestión planteada ilustra con total claridad la noción de falla epistemo-somática acuñada por Lacan, que refiere a los efectos provocados por la incidencia del discurso de la ciencia en el cuerpo.

El programa de la neurociencia se apoya en la ficción del hom-

bre neuronal, es decir, un humano caracterizado fundamentalmente por el sistema articulado de neuronas interconectadas y sus modificaciones. JR es un paciente que recibo en el Hospital y que plantea una pregunta pertinente a este desarrollo. Su pregunta es *qué diferencia existe entre un cable de cobre y un ser humano dotado de fibras?* Por ambos pasan impulsos eléctricos. JR concluye que en el ser humano a diferencia del cable, hay obstáculo al paso de la energía, por lo cual procede a hacer un dibujo de los dos hemisferios cerebrales, rayando en la unión a modo de una resistencia. Al inicio de las entrevistas, su posición es la de encarnar la excepción, haciéndose objeto de diversas segregaciones incluso en el espacio social. Las intervenciones apuntaron a vaciar del goce que lo atormentaba a diario este lugar que habitaba. Encarna la excepción porque no hay función de excepción que permita fundar un conjunto, una existencia. Su experiencia terapéutica se extiende durante un año y medio, fecha en que me retiro del Hospital. En ese recorrido su trabajo consistió en intentar ubicar la imposibilidad en su lugar, y con ello un anudamiento, en una posición donde cuente como uno más. Algunos esbozos se producen a través de los rodeos discursivos, particularmente apela al discurso de la ciencia como una suerte de discurso auxiliar. Parece una buena respuesta al intento de asimilar el impulso eléctrico a la impulsión freudiana.

### 2. INTERSECCIÓN MEDICINA, PSICOANÁLISIS

En consecuencia, ¿Cómo formular una interfase entre medicina y psicoanálisis? Ansermet y Magistretti recorren críticamente los modelos epistémicos de heterogeneidad e interacción, superposición excluyente, reunión complementaria y finalmente proponen la intersección común de uno y otro dominio discursivo donde alojan un acontecimiento y una referencia también supuestamente común.

El acontecimiento es la formalización del concepto de plasticidad neuronal que introduce la singularidad en la clínica médica. Ha caído el patrón universal e inmutable de la localización de las zonas corticales, sus funciones y sus vías dando lugar a un cambio de paradigma, aún de incalculables consecuencias. Fundamentalmente se introduce el valor clínico de la singularidad del caso por caso; y por esa vía, los autores proponen la articulación entre neurociencia y psicoanálisis en torno a una referencia que articulan a partir de la hipótesis de un parentesco de estatuto entre la huella mnémica y la huella sináptica; o en otros términos, actualizado por los descubrimientos contemporáneos sobre la química de los neurotransmisores, se propone un retorno al Proyecto de una Psicología para Neurólogos del año 1895.

Por el contrario se propone que la intersección lógica de ambos dominios discursivos no recorte un orden de consistencia de saber, sino de falla: Psicoanálisis y Medicina se intersectan en la falla, en el punto de inconsistencia del saber de cada campo que concierne a un orden de verdad, que involucra la relación del goce con el cuerpo. En consecuencia, la intersección no aloja la recurrencia de dos campos de saberes consistentes que dialogan, sino de un diálogo que se abre cuando el saber de cada campo encuentra su inconsistencia: la falla donde habita la verdad.

La ciencia rechaza la dimensión de la verdad, pero ello no impide que el saber de la medicina incida en la relación del goce con el cuerpo, lo cual produce efectos.

Del mismo modo, la interpretación analítica conlleva una tramitación del goce. Se trata de una interlocución posible sobre los diversos modos de tratamiento de goce que conlleva la clínica médica y la clínica psicoanalítica. Esto es posible cuando prevalece el espíritu de la clínica sobre el afán de la terapéutica generalmente articulada a la tecnología y el mercado. Se trata de lo que la medicina y el psicoanálisis aportan, no el uno al otro, sino al ser hablante. Del mismo modo que el discurso del derecho pueda constituir un discurso auxiliar del sujeto; se lo sepa o no, el discurso médico puede oficiar una suplencia en el ser hablante.

*¿En nombre de qué tendrán que hablar, sino precisamente de esa dimensión del goce de su cuerpo y de lo que él ordena de participación a todo lo tocante a él en el mundo? Si el médico*

*debe seguir siendo algo, que ya no podría ser la herencia de su antigua función que era una función sagrada, es para mí continuar y mantener en su vida propia el descubrimiento de Freud.*

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

ANSERMET, F. y MAGISTRETTI, P. A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Katz Editores. 2006. Buenos Aires. Argentina.

FREUD, S. Proyecto de una Psicología para Neurólogos. Obras Completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina

LACAN, J. Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y Textos. Editorial Manantial. 1985. Buenos Aires. Argentina.