**PsicoMundo**

**www.psicomundo.com**

**info@psicomundo.com**

**Programa de Seminarios por Internet**

**www.edupsi.com**

**seminarios@edupsi.com**

**Seminario**

 **Epistemología Psicoanalítica**

**www.edupsi.com/epistemepsa/**

**epistemepsa@edupsi.com**

**Oscar Pablo Zelis**

**Clase 9**

**Ejemplos de distintos abordajes epistémicos y metodológicos ante problemáticas comunes.**

**Un ejemplo de discusión epistemológica en torno al abordaje del autismo.**

Es ya conocido el fuerte debate que se ha establecido desde hace muchos años en torno al abordaje de lo que ahora se llama “trastornos del espectro autista”. En particular, siempre está en “polémica” la pertinencia de la intervención del psicoanálisis en este tipo de patologías, lo que lleva implícito la discusión sobre cómo entendemos la perturbación, desde qué marco teórico es nominada, significada y entendida, qué idea etiológica hay.

Citaremos como ejemplo un debate realizado en 1980, entre un psicoanalista, Alfredo Jerusalinsky, y un reconocido terapeuta conductista español –Jorge Rivier[[1]](#endnote-1) en el que pueden apreciarse los distintos puntos de partida (o marcos) teóricos, y la derivación a partir de ellos de las hipótesis diagnósticas y los procedimientos de la intervención médica o terapéutica.

“El psicoterapeuta español colocaba la cuestión genética en primer lugar:

 R.: - Usted no puede negar que hay trastornos genéticos porque eso ya ha sido comprobado. Y no puede negar que esos trastornos genéticos provocan trastornos de conducta que son universales.

J.: - No niego que haya trastornos genéticos coincidentes con el autismo en cierto número de casos, pero no en todos (por cierto, usted me dirá que los que no presentan alteraciones genéticas no son verdaderos autistas); y debo aun señalar que la condición genética no es la única capaz de producir trastornos de conducta universales. Por eso, lo que propongo es que lo genético –en el autismo- no debe actuar como límite para nuestra perspectiva clínica.

R: - Su posición es digna de consideración, y es muy interesante lo que usted plantea respecto de hacer una apuesta de que allí puede haber un sujeto. Pero no es lo que veo. Y me parece injusto, y no concuerdo con ello, darles a los padres de ese niño esperanzas que están por completo fuera de las posibilidades. No es justo porque cuando esos niños adquieren ciertos hábitos de sociabilidad, evidentemente, los padres logran establecer una relación mejor con ellos. Finalmente, se hace lo que se puede con esos cuadros.

J: - La apuesta por un sujeto es fundamental en el tratamiento del autismo. No porque efectivamente ya haya un sujeto allí (donde los automatismos neurobiológicos prevalecen), sino porque, según lo demuestra la evolución favorable de numerosos casos, existe la posibilidad de constituir un sujeto, aunque eso no se materialice en todos los casos.” (Jeerusalinski, 2011, pag. 22).

El primer punto es ubicar la etiología, la “causa” del autismo o, más en general de las perturbaciones del espectro autista. Acá hay ya un tema importante a diferenciar: Como lo señala bien Jerusalinsky en otras partes de su libro, es necesario diferenciar diagnósticamente lo que es un cuadro de *autismo infantil precoz* (AIP) – el autismo propiamente dicho-, de cuadros que presentan algunas conductas o características del autismo, pero no todas, y que presentan conjuntamente otras manifestaciones diferentes. El primer problema entonces está planteado desde del DSM-IV, al no hacer esta discriminación diagnóstica, y ubicar todo dentro de la bolsa TEA (trastornos del espectro autista): conjunto que no puede ser definido por comprensión, ya que abarca todo lo que tiene alguna manifestación mas o menos severa de alguna de las conductas autistas. Este inconveniente se visualiza ya en el debate anteriormente citado. No será lo mismo argumentar la etiología de un AIP, de un caso neto de autismo (falta completa de conexión al otro), con otros casos –quizá la mayoría que llegan a la consulta- donde aparecen aspectos o conductas de tipo autista, pero combinadas en un sujeto que presenta a su vez otras características y conductas diversas. En efecto, en estos últimos casos, pueden encontrarse detrás de esa descripción inicial otros diagnósticos que justifican el comportamiento general y que no necesariamente implican el diagnóstico de autismo (y que si se queda con ese diagnóstico, implicará una dirección del tratamiento errónea).

Volviendo a la pregunta por la causa del autismo. En el debate encontramos dos posiciones:

La hipótesis que el autismo es de causa orgánica-genética; y la hipótesis de que su causa puede estar vinculada con perturbaciones tempranas del psiquismo. Al día de hoy, es una evidencia que encontramos casuística de etiología genética-orgánica y de etiología puramente psíquica. Las dos. Por tanto, un reduccionismo para un lado o para otro resulta insostenible. Es necesario desterrar del abordaje de estos casos la omnipotencia de un discurso único, ya que por lo general encontramos casos donde los dos factores –el orgánico-genético, y el psíquico o subjetivo-, están enlazados e interactuando.

Entonces, decir que hay casos de autismo donde se evidencia un trastorno genético, **no** implica que TODO caso de autismo, -y esto se ha extendido muchas veces a todo el difuso campo del TEA-, tenga como causa *única* lo orgánico-genético, desacreditando por tanto toda intervención que proponga otra etiología o factor de perturbación. El problema es ese error inferencial, de tipo inductivo, donde, a partir de resultados obtenidos en una muestra de casos particulares, se infiere una conclusión general para *todos* los casos posibles. Rivier parece deslizar la idea de que solo un trastorno genético podría producir trastornos de conductas o síntomas universales. Pero esto es refutado por Jerusalinsky, al señalar que puede haber trastornos de conducta y síntomas universales (esto es, tipos de síntomas o trastornos que se repiten en distintos individuos con caracteres similares, sobre los que se puede articular en consecuencia una etiología, un procedimiento general para cada tipo) de causación no-genética[[2]](#endnote-2). Esto es una evidencia. Hay muchos casos de trastornos de conducta que pueden clasificarse en una tipología, que comparten en sus distintas apariciones en distintos sujetos una misma estructura, y cuya etiología es puramente psíquica. La causalidad psíquica. Acá otra vez llama la atención la impulsión a eliminar la causalidad psíquica. Está en consonancia con la tendencia a borrar la diferencia entre los conceptos de *mente* y *cerebro[[3]](#endnote-3)*. Además, podemos sumar lo que hemos trabajado hasta ahora en este seminario, y es la evidencia de la injerencia importantísima del orden simbólico en que está inserto el sujeto humano, y ubicar que hay muchas perturbaciones que tienen origen en algún disfuncionamiento de dicho orden con el sujeto que lo habita.

En este breve recorte se hizo evidente también cómo una operación fundamental de intervención del psicoanálisis, esto es, la apuesta subjetiva, es incomprensible para un marco teórico que solo esté constituido por un saber orgánico-genético. Es comprensible que Rivier desconfíe de esa frase: “apuesta a que allí puede haber un sujeto”, ya que no tiene base conceptual para poder darle un valor, un peso real. De esta manera, puede resonar como un voto de fe, de entusiasmo sin un fundamento o base, y como intentar vender una esperanza imposible al desesperado. Desde el psicoanálisis, ya van más de cien años que se vienen afinando las concepciones de *sujeto* y de *apuesta* (esta última, quizá, tengo un poco menos de antigüedad). Es desde este sistema conceptual que se puede previamente hacer una reflexión de si es o no pertinente hacer una apuesta subjetiva, involucrar a los padres en apostar a un surgimiento subjetivo de su hijo. No se trata por supuesto de dar falsas esperanzas. Se trata de, si se logran ubicar algunas coordenadas de posibilidad subjetiva, abrir ese campo, donde puede suceder que la apuesta de los padres es en ese mismo acto una catectización libidinal vivificante para el niño. Pero para entrar en esta lógica de intervención hace falta tener armado, formalizado, algo del vínculo sujeto- Otro, donde el Otro le otorga un lugar posible, virtual de inicio, donde pueda proyectarse un sujeto por advenir. La casuística, -no solo psicoanalítica-, ofrece muchos ejemplos del efecto devastador que produce a un cachorro humano el no poder articularse a otro que apuesta a que –incluso antes de nacer- ahí surgirá un sujeto. Y la clásica referencia a René Spitz, nos recuerda la importancia vital para el bebé de otro/Otro que establezca un vínculo más allá de la simple satisfacción de las necesidades. La falla de estas coordenadas del Otro, pueden efectivamente ser la causa de que un recién nacido pueda no acceder al lenguaje, pueda quedar sin desarrollo psíquico, o incluso, que pueda morir. Es también llamativo que estas investigaciones y articulaciones teórico-prácticas que se vienen desarrollando desde hace décadas, sean ignoradas o desestimadas por muchos, pero sin embargo, aparezca beneplácito o interés por técnicas “novedosas”, como por ejemplo el llamado “flor-time”, o “nuevas” técnicas derivadas de la “Teoría del apego” , como si fueran propuestas nuevas, cuando solo son aspectos o parcialidades de lo que venimos llamando la investigación y conceptualización de la vital relación entre el sujeto y el Otro.

**Las neuronas espejo y el secreto de la “empatía” finalmente descubierto.**

A fin de visualizar con mayor detalle el mecanismo por el cual se reducen muchos abordajes investigativos, traemos a continuación como ejemplo, el efecto que produjo un descubrimiento neurocientífico en algunos especialistas o investigadores de la psicología.

Nos estamos refiriendo al descubrimiento que “en 1996 y en la Universidad de Parma, llevó a cabo el equipo conformado por los doctores Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi y Vittore Gallese, acerca de las denominadas neuronas espejo, o neuronas Cubelli, neuronas situadas en el área cerebral de Broca, (lóbulo parietal), descubiertas primero en primates y en aves y posteriormente en el hombre, cuando los medios de exploración médica, (electroencefalografía, tomografía axial computarizada, tomografía por emisión de positrones o captación de imágenes mediante resonancia magnética), permitieron actuar sin necesidad de inferir la menor agresión al sujeto, es decir, permitieron actuar en él.”[[4]](#endnote-4)¿Cuál es la peculiar función descubierta de estas neuronas? Se descubrió que este grupo de neuronas “no sólo se encendían cuando el animal ejecutaba ciertos movimientos sino que, simplemente con contemplar a otros hacerlo, también se activaban. Se les llamó neuronas espejo o especulares. En un principio se pensó que simplemente se trataba de un sistema de imitación. Sin embargo, los múltiples trabajos que se han hecho desde su descubrimiento, el último de los cuales se publicó en *Science* la semana pasada, indican que las implicaciones trascienden, y mucho, el campo de la neurofisiología pura. El sistema de espejo permite hacer propias las acciones, sensaciones y emociones de los demás. Su potencial trascendencia para la ciencia es tanta que el especialista Vilayanur Ramachandran[[5]](#endnote-5) ha llegado a afirmar: "El descubrimiento de las neuronas espejo hará por la psicología lo que el ADN por la biología".»[[6]](#endnote-6)

La última parte de dicha reseña, es la que nos da la pista del mecanismo de reducción al que aludíamos al inicio de este punto. Se pasa sin mediación, de una descripción de un fenómeno de reacción neuronal, a una explicación de un mecanismo psicológico. Se descubre que, efectivamente, en un ser humano, hay neuronas que pueden activarse al percibir un movimiento o una afección en otra persona, produciéndose una circuito neuronal similar en ambos sujetos. Ahora, concluir que esto es lo mismo, o que agota toda la significación del complejo mecanismo psíquico que implica el fenómeno que se denomina *empatía*, no es sostenible epistemológicamente. En primer lugar, es verificable desde la experiencia psicológica que cuando un sujeto cree “empatizar” con otro, muchas veces resulta ser un autoengaño –movido por un deseo de ser parecido, o un anhelo de tener aspectos en común-, y el posterior desengaño, produce a su vez nuevos fenómenos psicológicos (que puede ser dolor o decepción, desilusión, tristeza, enojo, etc.). Y si analizamos las veces que la empatía sí parece ser coincidente, el sentimiento subjetivo de ninguna manera puede ser explicado por la similitud de la red neuronal activada. Tomemos el caso más simple: ver el “dolor” del otro, y uno sentir ese dolor en uno mismo. Ya Wittgenstein nos advertía que una cosa es la similitud tanto en mí como en el otro de la palabra que utilizamos –“dolor”-, y otra cosa muy distinta es lo que siento yo, y lo que está sintiendo el otro realmente[[7]](#endnote-7). En definitiva, lo que describimos como conducta empática, o simpática, con el “ponerse en el lugar del otro”, se articula mejor lógicamente desde algún marco teórico que incluya el dinamismo *yo-otro*, que pueda explicar porqué la necesidad de ese vínculo. La teoría psicoanalítica señala que la relación del sujeto al otro es fundante del psiquismo. Y a partir de las identificaciones iniciales, se articulan los distintos movimientos y “necesidades” que irán apareciendo en esa dialéctica permanente que se jugará a lo largo de toda la vida.

Sintetizando. Es evidente que esta capacidad neuronal, no explica porqué uno tiende a identificarse al otro, se interesa por el otro, quiere entender al otro, o que el otro me entienda, llegando a esperar que uno podía ponerse en el lugar del otro… y luego, todas las vicisitudes relacionales y vinculares que esto suscita. En segundo lugar, podemos observar una vez más esa tendencia ya reiterada a eliminar el factor psíquico, de hacerlo desaparecer, subsumirse, diluirse, en un funcionamiento neuronal. De tal manera, si nos posicionamos epistémicamente en estos marcos teóricos que no admiten un nivel psíquico que accione con sus propias leyes, caemos en un reduccionismo neurológico-biológico-genético. Cada marco teórico determina qué vemos y qué no vemos; cuál dato es relevante y cuál dato es descartable. Y estas decisiones epistemológicas, en una disciplina práctica, implicarán consecuencias en sus abordajes (en sus praxis). Y la decisión se articula a una ética. Afirmar que no hay un campo psíquico de abordaje particular, propio, es una afirmación con consecuencias clínicas.

**La apuesta al sujeto en dos casos clínicos.**

Caso 1: Se trata de una niña que desde su nacimiento quedó inhibida de la mayoría de su capacidad motora debido a una lesión cerebral (parálisis cerebral (PC)). Me llega en interconsulta cuando tiene unos 12 años. Como suele ser en estos casos, tempranamente fue asistida por diferentes especialistas, y la indicación médica implicó a neurología (especializado en neurodesarrollo), kinesiología, y luego terapia ocupacional[[8]](#endnote-8). Dada la gravedad del cuadro, la indicación médica se centra, en primer lugar, en el trabajo y asistencia para que las funciones vitales se mantengan, para que pueda comer (a pesar del déficit muscular para masticar), respirar adecuadamente, etc. Luego, en poder ayudar a que desarrolle lo más que pueda lo poco de movilidad de que dispone la niña (que no puede caminar, que no tiene control del movimiento de sus brazos, y que tampoco tiene musculatura para la fonación de palabras), y que vaya desarrollando algunos hábitos y rutinas de movimientos que lo ayuden en algunas situaciones cotidianas. Si nos centramos en un marco epistémico reduccionista, el sistema de prestaciones que por ejemplo, una Obra Social permitiría para esta niña, no admitiría incluir una prestación de psicología, (salvo conductual, para reforzar algún hábito de acción, si fuera posible). La paciente no puede hablar, incluso se sospecha de lo que puede realmente entender cuando le hablamos. Sin embargo, la derivación viene de la pediatra, cuando recibe la preocupación de la kinesióloga y de la terapista ocupacional de que en esos espacios, la niña está reaccionando con enojo o “caprichos”[[9]](#endnote-9), y que se resiste a los ejercicios o actividades terapéuticas, cuando antes los hacía de buena voluntad. Recibo entonces a la niña, en silla de ruedas, que no puede hablar, que no puede sostenerse en sus pies, y sus movimientos de brazos y manos son incoordinados, debido a la fuerte espasticidad. Hasta le es difícil dominar y poder manejar la rotación de su cuello a voluntad. Las terapeutas cuentan que ella escucha las indicaciones, y parece entenderlas, pero no se ha podido establecer un sistema de comunicación preciso, ya que, además de no poder hablar, no puede, por ejemplo, dominar el movimiento de sus brazos para usarlos como forma de contestación a preguntas. Si bien coinciden en que globalmente entiende, sospechan que quizá lo que dice su madre (“entiende casi todo lo que le dicen”) es exagerado, y puede que no tenga un nivel para comprender más allá de lo concreto y actual. El trabajo con ella llevó su tiempo, y en interacción con las otras terapias, se logró que pueda comunicarse con movimientos de su cabeza (para “sí”, o “no”), cada vez más precisos. La apuesta subjetiva fue que había un sujeto que quería, que necesitaba expresarse y comunicarse, más allá de sus cuidados de supervivencia y de ejercitación[[10]](#endnote-10). Fue así que pudo expresarse en relación a lo que vivenciaba y sentía de su familia, de su relación con los terapeutas, de lo que le gusta o no le gusta, de sus enojos… llegando incluso a poder comunicar que soñó, y que en su sueño estaba un kinesiólogo al que le tenía mucha simpatía. Todo esta riqueza de un psiquismo de un niño, de sus emociones y deseos, fue posible que vaya saliendo, expresándose, realizándose, si hay alguien que ofrece el lugar y alguna técnica para que se exprese .y despliegue. De más está decir que al empezar a satisfacer sus necesidades psíquicas, empezó a sentirse mejor en sus diferentes espacios –incluidos los terapéuticos, donde se verificó que comenzó a trabajar de mucha mejor disposición anímica, logrando así un feed-back que favoreció los avances en sus desempeños motores, posturales, etc.

Caso 2: Se trata de un niño de 7 años, diagnosticado con TGD tempranamente, y más tarde en el conjunto más abarcativo denominado TEA. Me viene derivado en este caso directamente por la fonoaudióloga y por la psicopedagoga que venían trabajando con él. El motivo es sus crisis de enojo o ansiedad, que lo llevan a querer salir del consultorio de las terapeutas, o a enojarse y bloquearse, y paralelamente, su dificultad de sostenerse en una escolaridad común (primer grado), sobre todo por no poder vincularse ni con los alumnos ni con la maestra. Llega a la consulta con muy pocas palabras, demasiado disperso, no puede concentrarse con un objeto o tarea. Tampoco responde a mis preguntas, y esquiva mi mirada. Repite largas frases que toma de dibujitos, de los diálogos de los personajes, a la letra, sin vinculación con lo que se le pregunta o propone. Sin embargo, en un par de sesiones se dejan ver –si es que el dispositivo dispone del marco para lograr dicha observación- algunos signos o indicios subjetivos[[11]](#endnote-11). Es justamente en base a dichos índices subjetivos que un analista hace la “apuesta” a que pueda advenir o desarrollarse una subjetividad. La apuesta es abrir un espacio-lugar, para escuchar algún decir, alguna palabra que implique un querer del niño, que se dirige a otro (en este caso, el terapeuta), y en ayudarlo a poder poner forma a algunos temores, miedos o ansiedades, y en ayudarlo a construir un lazo relacional con el otro. Pero es a partir de ubicar y sancionar sus propios gestos, palabras, conductas, como signos de necesidades subjetivas, y recibirlas. Luego de un tiempo de trabajo, este niño logra desarrollar su vocabulario, poder expresarse correctamente, poder vincularse con placer con sus compañeros (aunque por supuesto, le cueste sostener los vínculos, y poder entrar en los temas que el grupo escolar en general maneja), y poder hablar en su sesión de algunas de sus cosas, intercaladas con algunos diálogos que repite de sus dibujos favoritos. Su desarrollo favorable sigue avanzando al día de hoy, luego de un año, y se vio reflejado en todos sus ámbitos (incluidos sus avances pedagógicos, de aprendizaje y sociales). Si en el caso 1 veíamos lo valioso y operativo que fue incluir el nivel de la intervención psicológica, apostando a un psiquismo que tiene sus propias necesidades más allá de lo biológico, acá (caso 2) vemos un paso más, que es la apuesta a la emergencia de una subjetividad que pueda tener palabra propia, logrando que salga de una posición de aislamiento o de rechazo a la vinculación, y abriendo a que pueda ir creciendo subjetivamente, desde sus propio decir. Esto, como se ve, es una descripción que pertenece a una argumentación psicoanalítica.

**Un marco teórico que permite “observar” y detectar algo que estaba invisible.**

Tomamos ahora la problemática de la anorexia. Desde un abordaje simple, se dirá que la anorexia implica un desorden alimentario, y su tratamiento entonces, consistiría en lograr “ordenar” ese desorden alimentario. Aquí las palabras y su equivocidad significante incitan a cualquier analista a intervenir. Y no podemos menos que señalar, en la oración anterior, la palabra “ordenar”, y su otro sentido que remite a “dar órdenes”, o sea, a lo que Lacan conceptualizaba como *discurso amo*. Va en el sentido de la descripción que estamos tratando de presentar como el modo, la tendencia a entender esta perturbación desde el sentido común yoico y desde una conceptualización adaptativa del sujeto humano. Es por eso que muchos casos de anorexia y bulimia nos parecen tan difíciles de entender. No podemos entender (desde nuestro yo y desde el imaginario social) cómo alguien puede alterar tan significativamente una función de conservación, de homeostasis, que nos da placer, etc.

Aportaremos como ejemplo una viñeta clínica. Se trata de un caso relatado por los psicoanalistas Fabian Schejtman y Claudio Godoy, en su texto “*Síntoma y sinthome en las anorexias”[[12]](#endnote-12).*

“Mariana es una adolescente de diecisiete años que había reducido su dieta a los líquidos: sólo consumía caldos, licuados, jugos, nada sólido. Cuando sus padres se percatan de su anorexia -¡les lleva tiempo!- consultan en una institución especializada en la que internan a su hija, debido al riesgo clínico que presenta: en el momento del ingreso a la institución la paciente pesaba unos 26 kilos. En un tiempo relativamente corto, con un tratamiento muy riguroso, basado sencillamente 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: seguirá un tratamiento ambulatorio.”

Sin embargo, y luego de este aparente éxito terapéutico, apenas llega a su casa, Mariana intenta suicidarse cortándose las venas. La salvan, y ahí los padres por consejo de terceros, deciden consultar con un psicoanalista. Situado desde el psicoanálisis, un síntoma no se agota en una descripción conductual general. Hay que *escucharlo.* Escuchar qué dice el sujeto de su síntoma, en primer lugar. Esto lo permite nuestro marco teórico, que supone alguna causación y significación singular en juego en un síntoma.

“Y efectivamente, en el hecho de que esta paciente sólo consumía líquidos había algo para escuchar. Era preciso hacer lugar allí al sujeto. En este caso bastó únicamente con preguntar a la paciente en la primera entrevista porqué sólo consumía líquidos. La respuesta llegó prontamente y entregó la punta de un delirio: esta paciente rechazaba comer sólidos porque de incluir sólidos en su comida, dijo, “se le iba a solidificar la sangre y el cuerpo”. Ella pretendía mantenerse entonces “liqüificada” –son sus términos: un neologismo que aparece varias veces en su relato-, ella debía mantener un estado de liqüifacción”.

Se descubre así la causa psíquica de esta “anorexia”. Se trata de una formación delirante, que en dicha estructura psicótica tenía la función de aportarle cierta precaria estabilización.

Queda evidenciado que el descubrimiento de la verdadera causa de la conducta sintomática (de riesgo de vida), solo pudo ser “observada”[[13]](#endnote-13), visualizada, a partir de un marco teórico que incluyera la importancia de escuchar el contenido, el relato y la significación que la propia persona puede decir de su padecimiento; y –como se decía antes- la conjetura clínica fundamental de que el síntoma está vinculado a alguna palabra, a algún decir subjetivo en conflicto. Esto, por supuesto –y quizá sea lo más importante-, abre y posibilita un abordaje, una articulación de un tratamiento posible que intente trabajar la causa del síntoma o de la posición mortificante que padece el paciente.

**Articulación del marco teórico y de la praxis derivada de él.**

Lo que dijimos recién, evidencia la importancia del marco teórico, de los conceptos con que disponemos para abordar un padecimiento, y la determinación, a partir de los conceptos-herramientas que manejamos, de lo que podremos hacer visible o no, y esto determinará el campo de acción posible[[14]](#endnote-14), y la articulación de técnicas e intervenciones adecuadas al fin que podamos plantear conceptualmente. El marco teórico, por otro lado, no debe agotarse en sí mismo, ya que esto cerraría la posibilidad de observar “lo real”, o sea, aquello que no encaja con nuestro saber, aquello que no cierra, o lo nuevo que aparece. Es algo parecido a lo que en ciencia se dice, de que obtenemos resultados provisionales, pero nunca cerramos completamente la posibilidad de investigación y de descubrir nuevos aspectos o aristas de la problemática de que se trate –es una forma de decir que lo simbólico no puede agotar ni explicar completamente a lo real.[[15]](#endnote-15)

Retomemos entonces, el texto de Jerusalinsky. En una parte se detiene en la peculiaridad de la intervención psicoanalítica en los casos más severos de autismo. Por ejemplo, es notable la diferencia de intervención con las denominadas conductas de estereotipia o repetición de automatismos de un niño autista. Las terapéuticas centradas en la adaptación, buscan eliminarlas, en base a ejercitaciones y condicionamientos de la conducta. En cambio, el marco teórico psicoanalítico permite abordar esas estereotipias o repeticiones aparentemente arbitrarias, desde otro ángulo, esto es, como principio de alguna manifestación que se ve coartada o interrumpida, como expresión, o mejor, como posibilidad de expresión.

“Dejarse arrastrar por la libre errancia de los automatismos es, por cierto, algo contrario a cualquier tipo de racionalización teórica, de proposición “organizadora” o de intención constructivista. Ahora bien, como nos lo enseña el psicoanálisis, es la única posibilidad de encontrar un trazo que pueda –y en el autismo es el punto elemental de partida- cumplir la función de trazo unario.”[[16]](#endnote-16)

En este párrafo aparecen dos términos que denotan concepciones particulares de la teoría psicoanalítica del surgimiento y desarrollo subjetivo[[17]](#endnote-17). En particular, están las concepciones de “trazo” y de “trazo unario”, este último desarrollado extensamente por Lacan. El marco teórico aquí permite enlazar una manifestación conductual, con este concepto de *trazo unario* o *rasgo unario*, aquel que permite una inscripción primera de la subjetividad, y luego, ver las posibilidades de articulación con el sistema significante, con el orden simbólico[[18]](#endnote-18). Es interesante también que se haya tomado el término “trazo”, que tiene que ver con la escritura, con el marcar, y nos lleva al terreno también de la semiótica. En efecto, la semiótica presta una importante colaboración para avanzar en el abordaje de esta difícil problemática. En clases siguientes veremos qué nos puede aportar.

.

 **Oscar Zelis**

**Octubre 2020**.

1. Se trata de una conferencia-debate llevada a cabo en una asociación de padres con niños autistas de Buenos Aires, en 1980. Las citas y reseñas de la misma han sido extraídas del texto de Jerusalinsky : *Psicoanálisis del autismo*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2011. [↑](#endnote-ref-1)
2. “Y no puede negar que esos trastornos genéticos provocan trastornos de conducta que son universales”. Eh aquí sí, esbozada una articulación etiológiica: determinado trastorno genético es causa de un determinado trastorno de conducta, para todo individuo que lo padezca. Es una etiología genética. Por tanto si nos quedamos sólo con este factor etiológico, fuera de la intervención sobre el trastorno genético, todo lo demás solo podrán ser paliativos, o compensaciones. Esto es así en numerosos casos. Y en muchos casos donde la gravedad de la perturbación genética, orgánica, o fisiológica es muy alta, efectivamente, son muy buenos y bienvenidos todos los abordajes cuyos objetivos sean lograr adaptaciones, instalar hábitos, o incluso condicionar respuestas, ahí donde no haya otra posibilidad, donde en esos segmentos no hay posibilidad de que se posicione un sujeto capaz de elección y decisión. Es por ello que no estamos en desacuerdo de la implementación de distintas apoyaturas terapéuticas, en los casos muy severos. Y es cierto lo que refiere Riviere, de que cuando estos niños adquieren algunos hábitos de sociabilidad, esto es favorable a que se produzca una empatía en los padres, y esto abre la posibilidad de una realimentación recíproca entre la nueva mirada de los padres y la posibilidad de proyección del desarrollo del niño. [↑](#endnote-ref-2)
3. Es llamativo este deslizamiento, y parece ser la continuación de uno anterior. En efecto, hace un tiempo que desde una perspectiva “cientista, o cienfificista”, se evita la palabra “psiquis” o psiquismo”, y se la intentó reemplazar por la de “mente”. Ahora, parece ser el momento en que se intentaría la reducción conceptual mayor, que es asimilar mente a cerebro, con lo cual se lograría el retorno a intentar comprender la conducta desde un modelo mecánico-biológico. [↑](#endnote-ref-3)
4. Extraído del artículo “*Schopenhauer y las neuronas espejo*”, de Manuel Pérez Villanueva. **Accesible en** [**https://caumas.org/revista/schopenhauer-y-las-neuronas-espejo/**](https://caumas.org/revista/schopenhauer-y-las-neuronas-espejo/) [↑](#endnote-ref-4)
5. **Vilayanur S. "Rama" Ramachandran** es un [neurólogo](https://es.wikipedia.org/wiki/Neurolog%C3%ADa) [indio](https://es.wikipedia.org/wiki/India) conocido por su trabajo en los campos de la [neurología de la conducta](https://es.wikipedia.org/wiki/Neurolog%C3%ADa_de_la_conducta) y de la [psicofísica](https://es.wikipedia.org/wiki/Psicof%C3%ADsica). Es director del [Center for Brain and Cognition](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Center_for_Brain_and_Cognition&action=edit&redlink=1), profesor en el Departamento de Psicología y del currículum de Neurociencias en la [Universidad de California, San Diego](https://es.wikipedia.org/wiki/Universidad_de_California%2C_San_Diego) y profesor adjunto de Biología en el [Instituto Salk de Estudios Biológicos](https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Salk_de_Estudios_Biol%C3%B3gicos). (extraído de enciclopedia Wikipedia La enciclopedia libre”: <https://es.wikipedia.org/wiki/Vilayanur_S._Ramachandran> ). [↑](#endnote-ref-5)
6. El País, Futuro, 19 de octubre de 2005. Reseña del libro: *Las Neuronas Espejo: Los Mecanismos de la Empatía Emocional.* Autor:Giacomo Rizzolatti. Edicionesl Paidós, 2006. [↑](#endnote-ref-6)
7. Wittgenstein, L.: *Investigaciones filosóficas*. México: Crítica/Filosofía, 2008. Un desarrollo de esta temática puede leerse en Zelis, O, y Pulice, G.: *El problema de la transmisión y los límites del lenguaje en la experiencia psicoanalítca.* Libro de próxima aparición de la editorial Letra Viva. [↑](#endnote-ref-7)
8. Cabe aclarar, para quien no está anoticiado, que la Terapia Ocupacional es una disciplina que ha ganado un gran desarrollo y evolución. Y que ya no se limita a la idea primitiva de brindar herramientas y posibilidades a un sujeto para que pueda reinsertarse en lo laboral, o desempeñar una actividad ocupacional, sino que en la actualidad varias ramas de esta disciplina se especializan en los problemas del desarrollo infantil, y en cómo ayudar a la integración senso-motora, unido al esquema corporal, la percepción, y tomando en cuenta al sujeto y sus interrelaciones. [↑](#endnote-ref-8)
9. Advirtamos que si hablamos de “enojo” o “capricho”, estos son indicadores psicológicos-emocionales, usados de modo intuitivo, pero acertado. Por suerte para la paciente, sus terapeutas tienen el buen sentido común de incluir estos datos psicológicos en la descripción de su paciente. Quiere decir que tienen una idea del desarrollo del niño no restringido al reduccionismo biológico-genético. [↑](#endnote-ref-9)
10. Nótese que estamos aquí dando el paso a la aceptación de que hay un psiquismo, con su funcionamiento no totalmente dependiente de la base neuro-biológica-genética. El “apostar” a este psiquismo del niño, es una apuesta que pertenece a todo **abordaje psicológico** serio, ya que se basa en el propio fundamento que justificó una disciplina autónoma como la psicología. El fundamento de toda psicología clínica, es que es pertinente y efectivo clínicamente el sostener la hipótesis teórica de un funcionamiento propio de la mente humana; y el captar sus legalidades, nos permite operar eficientemente en el alivio y el bienestar subjetivo. (queremos decir con esto que el primer paso para superar el reduccionismo es reconocer el funcionamiento de la psiquis humana con sus leyes propias, o sea, el paso a incluir a la Psicología en el abordaje epistémico (no hace falta en este primer paso, hacer entrar la especificidad del psicoanálisis). [↑](#endnote-ref-10)
11. Será necesario en próximas clases adentrarnos a profundizar esta noción de signos o indicios subjetivos. Lo desarrollaremos por ejemplo al hablar de indicadores enunciativos (R. Ynoub), o de índices de subjetividad. [↑](#endnote-ref-11)
12. Schejtman, F. y Godoy, C.: “Síntoma y sinthome en las anorexias”. En *Anuario de Investigaciones*, vol. XVIII, 2011, pag. 151-155. Universidad de Buenos Aires. [↑](#endnote-ref-12)
13. Y ya no podemos esquivar el tener que profundizar este concepto de “***observación***” del que hemos echado mano en varias oportunidades. En próximas clases nos abocaremos a ello. [↑](#endnote-ref-13)
14. Esto nos va a llevar también a adentrarnos más adelante en la pregunta epistemológica y metodológica sobre la articulación entre marco teórico, investigación, y la construcción de los indicadores con sus valores, que serán los portadores de la información que podremos extraer de la experiencia, del campo de lo real que estamos investigando. [↑](#endnote-ref-14)
15. Por eso, la consigna básica del psicoanálisis es escuchar, a cada analizante, como si fuera la primera vez que escuchamos a un sujeto, sin ningún preconcepto. La ***atención flotante*** que llamaba Freud, y la ***abstinencia*** de imponerle nuestros saberes, nuestras ideas o preconceptos. Es lo que diferencia al psicoanálisis de una técnica de abordaje standard, por eso se le llama a veces clínica de la singularidad. La apuesta principal del dispositivo analítico es lograr la expresión singular del sujeto, del ser-hablante. Por eso, la teoría corre detrás de la práctica. Por eso quizá es difícil su estatuto de ciencia, ya que es en primer lugar una práctica, un dispositivo para aliviar el padecimiento subjetivo. [↑](#endnote-ref-15)
16. Jerusalinsky, A. *Psicoanálisis del autismo*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2011; pag. 24. [↑](#endnote-ref-16)
17. Además, esta forma de entender y trabajar con estas estereotipias, no es una ocurrencia de un psicoanalista, sino que, por un lado, su posibilidad de acción se deriva de la teoría misma. Y en segundo término, se comprueba luego en la experiencia clínica, en la casuística, que este tipo de intervención es efectivo. En efecto, se repite este “resultado” en muchos tratamientos de niños autistas o del espectro TEA abordados por psicoanalistas. Ver, por ejemplo, el libro de Marie-Christine Laznik-Penot: *Hacia el habla: tres niños autistas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1997. Y hay mucho material más que confirma este sesgo clínico-teorico, desde muy distintos lugares, o distintas agrupaciones de psicoanalistas. También es necesario decir que no es la única manera de abordaje de estos casos difíciles, y que según la singularidad de cada caso, se abren distintas posibilidades de intervención y de apuesta a la instalación de una subjetividad y de su desarrollo. [↑](#endnote-ref-17)
18. Puede consultarse al respecto: Zelis, O. (2017). “***La inscripción del sujeto en el orden simbólico: algunas relaciones entre los desarrollos de Lacan y Peirce***.” IX Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología. XXVI Jornadas de investigación. XII Encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Accesible en [www.aacademica.org/000-067/1015](http://www.aacademica.org/000-067/1015) Incluido en el capítulo 3 del libro ***Sujeto y Orden simbólico: aportes de Peirce para problemáticas de la cínica psicoanalítica.*** Buenos Aires: Letra Viva, 2020. [↑](#endnote-ref-18)