

# A propósito del enlace entre la medicina de la mente y la medicina del cuerpo

Romolo Rossi\*  
Sabino Nanni\*  
Piera Fele\*  
Simona Traverso\*

## Summary

The doctor-patient relationship relies on the doctor's empathic capacity to hold and listen to his patient. Yet, clinicians find it difficult to adapt themselves to this pattern. In this paper, the authors underline some regressive aspects involved in the choice of the medical profession, and the defense mechanisms working against the patient distress. As for the hospital milieu, we emphasize the complex group dynamics specially underlying the basic assumptions, in order to withhold aggression. As the psychosomatic theory has been obliterated we are in need of a unitary theoretical pattern; nevertheless, mind-body dualism is still alive in the medical training. We assume that clinicians still believe that differences between the mind and its somatic symptoms do exist, since the acceptance of patients as a mind-body unit, means taking care of their psychological problems as well.

## Resumen

Los autores proponen una definición de la relación médico-paciente basada en las funciones empáticas de escucha y de capacidad conteniente frente al desbordamiento de las emociones. No obstante, para el clínico son evidentes las dificultades propias de este modelo: en particular se subrayan los complejos aspectos arcaicos de la elección de la profesión médica y los mecanismos de defensa utilizados frente a la angustia del paciente. En el ámbito hospitalario se hace referencia a las intrincadas dinámicas del grupo y del equipo médico, en particular a los mecanismos que se asumen para contener con la agresividad. No obstante la obliteración del concepto de psicósomática y la necesidad de una referencia teórica unitaria, los autores concluyen que los clínicos tienen exigencias dicotómicas por las cuales el dualismo mente-cuerpo persiste en la formación profesional, y el médico continúa distinguiendo entre la psique y sus manifestaciones somáticas, hasta el momento en que la aceptación plena del paciente como unidad psique-soma incluya el tomar a su cargo sus problemas psicológicos.

## "Hablar con alguien": el "conteniente"\*\*\* y la elaboración

"...Y de nuevo solo, y nuevamente se hace el silencio para él... La angustia calmada un poco, reaparece e hiere el pecho con mayor fuerza todavía. Los ojos de

Jona, inquietos y dolorosos, siguen a la gente que corre a los dos lados de la calle; ¿no habrá entre aquellos miles de personas ni siquiera uno que quiera escucharlo? Pero la multitud corre y no repara en él ni en su angustia... La angustia es inmensa y sin límites. Si el pecho de Jona estallara y la angustia se vertiera hacia afuera, inundaría todo el mundo, y sin embargo no se ve. Ha sabido encontrar un sitio en un rinconcito tan pequeño que no lo divisarían ni siquiera de día con la luz... Cuando está solo no puede pensar en el hijo... Puede hablar de él con cualquiera, pero sólo el pensar y dibujarse a sí mismo la figura de él es penoso e insoportable..."

"¿A quién más contaré mi tristeza?" Es el subtítulo del relato de Chejov. El protagonista, sólo con su dolor oprimente, aparece lanzado a una realidad extraña poblada de individuos sordos, indiferentes, pero capaces de dar a Jona un breve alivio aunque sólo sea por el hecho de existir durante un segundo junto a él, como para hacerlo sentir menos sólo con sus fantasmas, aun cuando sea por un instante brevísimo.

La necesidad de hablar es, para Jona, fisiológica, urgente como la necesidad de beber del joven cochero soñoliento, su enésimo no-escuchador: sólo la potranca con su proximidad silenciosa, acogerá el desahogo del personaje:

"Así es, querida potranca... ya no existe Kusma Jonyc... se ha ido, muerto, inútilmente... Ahora, digamos, tú tienes un potrito y eres la mamá de este potrito... Y de pronto, digamos, este mismo potrito muere... ¿No es una pena? La potranca come, escucha y resopla sobre la mano de su amo... Jona se conmueve y le cuenta todo a ella".

De esta manera se expresa la búsqueda de un interlocutor que comprenda, un auditor capaz de acoger y compartir angustias, emociones, sufrimientos. La búsqueda del personaje es la de encontrar a alguien que comparta con él la imagen de la muerte del hijo, haciendo tolerable una angustia que la soledad agiganta y la torna sin límites. Esta búsqueda de comprensión se encuentra también en la relación médico-paciente, en la cual, en una óptica bio-psico-social, más allá y junto al hecho somático, el médico se encuentra en la necesidad de comprender necesidades psíquicas subyacentes y emociones primitivas utilizando su propia sensibilidad y su intuición empática como funciones receptivas.

\* Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Genova. Pad. A. Ospedale S. Martino. 16132 Genova, Italia. (Traducción de Héctor Pérez-Rincón G.).

\*\* La capacidad de contener: impedir el desbordamiento de las emociones y el paso al *acting-out*. El autor da esta aplicación al término "contenimiento", apoyándose en Winnicott (T)

El médico, en la escucha del paciente, se vuelve el receptor de sus emociones para restituirlas, en una dimensión más amplia de toma de conciencia y con mayor articulación, favoreciendo, por medio del "*Durcharbeitung*" (el estudio profundo) la recuperación de una capacidad de comprensión, de fe oscurecida por la enfermedad, por el sentido de vulnerabilidad ligado a ella.

El paciente, al sentirse "recibido", comprendido, es capaz de entenderse, a su vez, sintiéndose introyectado en alguien que comprende los sentimientos confusos que acompañan sus sufrimientos. Podemos comenzar por subrayar y definir este primer punto que es la función de recepción y comprensión del médico, que consiste en recibir los núcleos intolerables precisamente tolerándolos sin expulsividad, y favorecer en el paciente mismo por medio de la elaboración del *Durcharbeitung*, el desarrollo de funciones comprensivas autónomas. Se trata de una función médica inespecífica, no técnica, presente como dotación humana, que se puede afinar pero que no se puede crear ni enseñar.

Es obvio que esto representa la figura de la "madre suficientemente buena" que con sus cuidados procura la seguridad y el disfrute de los recursos, promoviendo al mismo tiempo, la separación y la tolerancia a las frustraciones, sin derrumbarse, en el ámbito de un proceso madurador. Estamos, entonces, frente a una función materna no superyoica o normativa. Así, el médico, al compartir la angustia de medirse con el sufrimiento y con la imagen de la muerte, la recibe emotivamente y la restituye ya mitigada de los contenidos más destructivos, encarnándola en el proyecto terapéutico.

La relación médico-paciente es rica en implicaciones emotivas y vivencias fantasmagóricas que, si son comprendidas y utilizadas adecuadamente, permiten al terapeuta tomar a su cargo, de manera más global, a su enfermo, y la posibilidad, según el caso, de controlar la regresión y la dependencia, o promover un proceso madurador global: dado que el cuerpo es el elemento que sostiene a la personalidad, el médico del cuerpo también es siempre el médico de la personalidad, pero con las limitaciones que veremos después.

En el interior de la relación dual médico-paciente se mueven elementos emocionales interactivos, no sólo transferenciales y contratransferenciales, que el terapeuta debería reconocer y enfrentar, afinando simplemente su propia sensibilidad e intuición empática, es decir, esa modalidad especial de percibir el estado y la experiencia de otra persona: una especie de "*emotional knowing*" más que de "*intellectual understanding*", aquello que Kohut llama "*vicarious introspection*" (introspección sustitutiva).

La empatía (la *Einfuhlung*, término tomado de la filosofía romántica alemana) nace en referencia a la estética, describiendo aquello que es necesario para apreciar la obra de arte, la proyección de la persona dentro del objeto de la contemplación, y el sentirse dentro de ella para después ensanchar su significado para caracterizar la relación madre-hijo, basada en la capacidad de la madre para sintonizarse emocionalmente con las necesidades de su bebé apoyándose

en sus propios "niveles primitivos" ahora de acuerdo con los del neonato.

La función empática, en la óptica terapéutica, permite al médico experimentar lo que experimenta el paciente, establecer una sintonía nunca exenta del mantenimiento de una individualidad (necesidad de separar el *Self* del *non-self*) constituyendo así una parte importante en la función terapéutica y cambiante de la relación. Es necesario subrayar nuevamente que como para la comprensión, la *Einfuhlung* es una función inespecífica y no técnica, que entra dentro de la dotación estructural de la persona del médico y es en gran parte no transmisible, y no es objeto de enseñanza: puede ser sólo develada y vuelta más consciente sólo cuando existe (Rossi y cols., 1990). A veces el médico, motivado hacia su profesión por su deseo de controlar y curar el cuerpo, no se encuentra preparado para enfrentarse al dolor, la consunción, la muerte y el flujo de emociones que plantea la relación con el paciente. Aparecen entonces las barreras emotivas: con la racionalización se enfatizan y ritualizan los aspectos técnicos, y la terapia se identifica con lo biológico; con la negación se amortiguan la angustia del paciente y la propia: las personas se transforman en casos clínicos para discutir y observar desde lo alto de su rol de médico distante, una especie de figura de taumaturgo-salvador, oscilante entre la rigidez teórica y la omnipotencia pasiva, armado de inoportunas tranquilizaciones, negación, elusividad y posiciones superegoicas institucionalizadas, a fin de mantener la distancia respecto del paciente perturbador. Se crean así dinámicas interpersonales médico-paciente, constreñidas en roles rígidos al servicio de una especie de "conjura del silencio" que nace de la interacción de la negación y de la dependencia del paciente por una parte, y la distancia, el aislamiento del médico por la otra. El resultado último es frecuentemente la dolorosa soledad del paciente, poblada por fantasmas mucho peores que la realidad, y la frustración o la extrañeza respecto del médico cargado de valencias emotivas no elaboradas, y aún de la necesidad de mantener un rol que amenaza sumergirlo.

El alejamiento del modelo científico que rectifica el dato biológico y lo aísla de la globalidad de la persona, hacia un modelo interpersonal en el cual el médico traba una alianza con el paciente en su unidad mente-cuerpo, muestra al médico la doble proyección de la que es objeto como curador del soma y, al mismo tiempo, como objeto de componentes transferenciales. Esto está en la base de los grupos Balint, espacio de discusión y de confrontación de los componentes emotivos que brotan en los médicos no psiquiatras de la relación con sus pacientes.

No obstante, en un contexto institucional, los límites de las posibilidades reales de acción sobre los conflictos de los terapeutas, debido a la homogeneidad excesiva y al principio heterocéntrico, subrayan las expectativas abusivas del grupo hasta hacer surgir la pregunta de si se trata de un grupo de trabajo o de un grupo considerado como básico. En el ámbito hospitalario se podría hablar de esta posibilidad de considerarse básico en el sentido del ataque-fuga para limitar la agresividad.

El médico todavía no está familiarizado con la agresividad, la angustia, el sentido de la muerte y las emociones más fuertes, y tiende a preservar de ellos la representación mental que se forma del ambiente, del perímetro, del funcionamiento de los acontecimientos en el interior del espacio en el que vive y trabaja, y del hospital que reproduce, para el médico, la casa familiar, el propio cuarto, la seguridad de los ambientes infantiles, tranquilos, protegidos, seguros, silenciosos, en donde cada rumor es perturbador.

El hospital, entonces, se vuelve una representación interna, diríamos un hospital interno, aislado, una realidad escindida del mundo a través de una serie de filtros y garantías que crean una precisa y rigurosa escisión entre el dentro y el fuera, prescindiendo de todas las turbulencias y confiriendo al dentro una identidad irreal e inalcanzable en la cual las emociones quedan congeladas.

Como defensa frente a los fantasmas angustiantes generadores de muerte y de sufrimiento, el super yo institucional ha construido un ambiente, una representación interna del hospital: limpio, cándido, lúcido, silencioso, tratando así de mantener cerrados estos modelos cuya contaminación con la fragmentación, el desorden, la confusión, hacen reaparecer los antiguos fantasmas, creando un trastorno, una confusión en la percepción de los objetos internos y en el ambiente que los contiene, perturbando el orden fatigosamente logrado, sobre todo en los médicos que eligieron esta profesión, como una tentativa para controlar la angustia cambiando la posición de controlado a la de controlador, de sufriente a curador. Se puede hablar de las angustias del director (Rossi, 1982), asimilándolas a la experiencia del jefe del servicio que, frente al desorden de su equipo, contempla el fracaso de su proyecto de mantener en un puño, ahora que es padre, esa casa que se le escapaba de la mano cuando era hijo. Para obtener la sedación de la angustia del jefe, y volver a hacerse del control de la escena primaria, no son sólo la muerte y el dolor los que deben excluirse, porque estos son aceptados en el interior de la estructura; lo que debe expulsarse es el desorden comportamental, la excitación, los gritos, lo estrambótico, la desobediencia, en términos de afectación, la mala "compliance", en otras palabras, todo aquellos que sea trastorno mental.

Se consolida así el modelo, la representación mental de un espacio silencioso, ordenado y apacible en el que la tranquilidad asume el sinónimo arbitrario de funcionalidad y eficiencia.

Sobre los equipos gravita también un trastorno ulterior, interno, constituido por fracturas latentes, tensiones, envidias, angustias referentes al papel que se desempeña, a su definición, a una identidad profesional frecuentemente nula, también a la dificultad intrínseca al tipo de elección profesional.

De esta manera, el equipo, el grupo, se mueve en el interior de un orden defensivo espontáneo que tiende a aislar y fragmentar cargas emotivas experimentadas como demasiado fuertes, demasiado angustiantes. El paciente es distanciado, reducido a caso clínico; la atención es considerada como muy distinta de las decisiones terapéuticas, los familiares son fre-

cuentemente despedidos apresuradamente con el fin de alcanzar una esterilización emotiva. La intervención pedagógica, de didáctica psico-hospitalaria articulada, ya sea según un modelo de feudalismo grupal, ya sea según una forma alternativa de impostación narrativa o de derribamiento de las perspectivas, tiene aquí el sentido de permitir la circulación de las emociones, su elaboración en vista de un enfoque terapéutico óptimo al paciente inserto en su panorama biopsicosocial.

El objetivo es ambicioso puesto que se trata de cambiar la imagen interna del médico, modificando los aspectos culturales y sus capacidades autoperceptivas con la finalidad de hacer más genuina y profunda su identidad profesional. Tan ambicioso, que estamos tentados a considerarlo como imposible: es del todo utópico tratar de modificar desde el interior una estructura homogénea y compleja en la que convergen y se coluden tanto los intereses y los conflictos del mundo exterior, como las proyecciones y los investimentos del mundo interno, sin ajustar aspectos estructurales y sociales que continuamente se replantean y se reforman, y sobre los cuales el psiquiatra no tiene, ni quiere tener, jurisdicción alguna.

### Entre el dolor y las corazas defensivas

En la práctica de la psiquiatría de enlace, es frecuente que el clínico se de cuenta de las dificultades objetivas que encuentra el médico en la comprensión de la psique. Por un lado esto puede deberse a la escasa familiaridad de los clínicos con la semiótica psicopatológica, la nosografía y el propio léxico psiquiátrico; por el otro lado, la ausencia de preparación o de disponibilidad para la escucha psicológica del propio paciente, y las resistencias que se encuentran en algunos clínicos frente al sufrimiento psíquico, son a veces tan fuertes que hacen pensar en la puesta en acción de verdaderos mecanismos de defensa más que de indiferencia o escaso interés hacia esta problemática. En efecto, la relación médico-paciente implica un componente de compromiso de tipo transferencial que tal vez puede ser frustrante y provocar defensas específicas. Por otra parte, esto comporta también ventajas, por ejemplo, el efecto placebo del médico. Para comprender y tolerar los componentes transferenciales, y para utilizarlos mejor sin atrincherarse en barreras narcisistas, sería útil una cierta capacidad de introspección y conocimiento de sí mismo, junto con una buena disponibilidad para la empatía. Pero estas dotes, como hemos subrayado anteriormente, no se encuentran en todos los médicos.

No obstante, si es comprensible que la confrontación con el dolor mental ponga en movimiento en el médico (como en cualquier otro) la utilización de mecanismos y estructuras defensivas, por otra parte, la dificultad para comprender los mecanismos psíquicos que están en la base del malestar -hecho que también han lamentado con frecuencia los pacientes no propiamente psiquiátricos- se configura en una obtusa resistencia a todo aquello que aún concerniendo al enfermo, no es físico, objetivable ni cuantificable, por lo que

no parece ser digno de una consideración seria por parte del clínico.

Una posible explicación para esta actitud sería el conflicto entre el ideal racional-científico de la medicina y el estatus hipocientífico de la psicodinámica. En efecto, si el método científico consiste en valorar, medir y repetir, es fácilmente comprensible que esto no esté adaptado para ser aplicado al ámbito psíquico. Es bien sabido que los principios psicodinámicos no son validables desde el punto de vista científico, debido a las dificultades obvias para medirlos y repetirlos. Por este motivo es posible que el médico con ambiciones de cientificidad y de rigor metodológico quede perplejo frente a la necesidad de adoptar un método que implica la convivencia con la duda, con la subjetividad y con la necesidad de poner siempre en discusión todo aquello que parece adquirido, y que es indispensable a quien quiere comprender de verdad la dinámica psíquica de los demás. Como consecuencia de esto, al no tolerar la incertidumbre y la falta de datos "seguros", que es una característica de la investigación psiquiátrica, el médico podría reaccionar con escepticismo frente a la problemática psíquica de los propios pacientes y, sobre todo, frente a la exigencia de comunicarse con el especialista o de asumir él mismo una actitud psicoterapéutica de escucha, de comprensión y de apoyo frente al paciente. Se trata, en realidad, de una defensa superficial pero eficaz, de una racionalización derivada de la preparación positivista del biólogo, más que de la intuición del clínico, que sirve para protegerse del peligro de las propias pulsiones internas frente a los problemas psicológicos del paciente, por medio de abundantes razones plausibles para explicar las propias opiniones y escotomizaciones de las connotaciones ligadas a estas opiniones, y con más o menos distorsiones macroscópicas de las percepciones, de las ideas y de las motivaciones.

Otra reacción similar muy frecuente, podría ser la acusación de pseudorigor científico dirigida, en primer lugar, al psicoanálisis, especialmente como método terapéutico, y en segundo lugar a la psiquiatría fundada en principios psicodinámicos. Esto lleva frecuentemente al médico a expresar las críticas más severas a la teoría psicodinámica, buscando mucho más rigor y seguridad de lo que bastaría frecuentemente para convencer a los científicos de otras ramas, y esto parece significativo a la luz del hecho de que muchos otros sectores de la medicina, y no sólo la psiquiatría, se fundan en postulados aproximativos no siempre irrefutables.

En realidad, se necesitaría distinguir la actitud del médico frente a la psique del propio paciente, según que aquel se identifique con un papel exclusivamente profesional o bien que se sienta como una persona involucrada con otra que sufre y necesita ayuda. Frecuentemente, como hemos señalado antes, el médico se rodea de un halo de desinterés por los problemas psicológicos del paciente, o bien tiende a negarlos con la actitud de quien tiene problemas orgánicos "serios" por resolver y no puede permitirse perder el tiempo con los problemas psíquicos que "no son graves". En realidad, la fobia por el sufrimiento psicológico de los demás es una reacción cuya consecuencia es que el

médico no pueda asumir la responsabilidad de las instancias autoagresivas ni la carga de la agresividad del paciente, lo que produce la inmediata fractura y el abandono. El adoptar un rol profesional rígido y definido ayuda al médico a mantenerse a distancia del sufrimiento del paciente, y se tranquiliza manteniendo una actitud directiva y distante. No obstante, al mismo tiempo elimina la posibilidad de comprender la problemática interior del paciente, que frente a una actitud escasamente empática puede encerrarse en sí mismo y considerar la inutilidad de su esfuerzo, frecuentemente bastante gravoso, por hacerse comprender. En esencia, si el médico se retrae y adopta un papel exclusivamente profesional, probablemente se defenderá mejor de la angustia que le pueda provocar el sufrimiento psíquico, pero al mismo tiempo se privará frecuentemente de la posibilidad de percibir y de comprender aquello que es la esencia del sufrimiento de su paciente. Este aspecto se correlaciona con el mecanismo autocrático o de hipercontrol que puede favorecer, haciendo a un lado al paciente, una espiral por la cual este último tiende a controlar la situación, colocándose en una posición de dependencia o de contradependencia, y haciendo sentir culpable al médico, que, de hecho, ejercita una autoridad que no quisiera. La culpa puede producir, a su vez, que se derriben los roles o que la relación se vuelva rígida.

Como hemos indicado, es frecuente que el contacto con el malestar psíquico del paciente haga surgir en el médico mecanismos de defensa. Ahora trataremos de profundizar en las dinámicas que se encuentran en la base de los más comunes. Uno de los problemas más angustiantes que el médico debe manejar es el de la muerte: el acontecimiento ineluctable no incumbe sólo al paciente, sino que gravita también sobre el clínico, quien frecuentemente reacciona con agresividad a la angustia que le causan la muerte de su paciente y su fracaso terapéutico, que reactivan sus conflictos acerca de su vocación y de su capacidad con sentimientos de inseguridad e impotencia que hacen surgir los mecanismos de defensa evocados en situaciones angustiosas anteriores, como el miedo a la enfermedad, a la muerte o a la propia agresividad. En efecto, en el fondo de este tipo de defensa está el temor de la propia muerte, así como el miedo a una especie de contagio psíquico que a veces aleja al médico del paciente que presenta trastornos mentales, por temor a ser invadido por la angustia, vivida no como elaborable y administrable, sino como descomponente, y por ello peligrosa y temible.

Es evidente que la agresividad provocada por el temor al "contagio" es una defensa costosa; existen mecanismos de defensa evolutivos que son más egosintónicos y más "convenientes" desde el punto de vista dinámico; por ejemplo, el desplazamiento, que permite concentrar sobre el objeto, en este caso el paciente, las cargas libidinales que no pueden encontrar satisfacción en el objeto al cual se dirigían originalmente: pueden manifestarse como solicitud e interés por los pacientes, proporcionándoles mejores cuidados. Además de la profesión médica, es posible que este mecanismo afecte otras actividades que también requieren de una gran vocación, como el voluntariado, que,

en efecto, sorprenden frecuentemente por ser desempeñadas con extrema dedicación por personas que en otros ambientes afectivos aparecen frías y distantes. Entre los mecanismos evolutivos podemos mencionar el aislamiento, que centra la atención en los contenidos, prescindiendo de las experiencias, los recuerdos y las percepciones desagradables y penosas, y alejándose por ello del objeto en cuestión, es decir del paciente y de su sufrimiento, pues el componente emotivo-afectivo sólo le permite relacionarse con él en términos intelectuales y racionales; así nace ese interés "frío", privado de emociones, que se concretiza en el "bello caso" clínico que acapara el interés del médico. No ha sido por azar por lo que alguna vez se ha considerado el aislamiento como la exasperación del pensamiento lógico que tiende a eliminar, en interés de la objetividad, las cargas emocionales relativas a las ideas. Se necesita, además, señalar la formación reactiva, aceptable desde el punto de vista social, pero que es exactamente contraria al impulso removido, por el cual la impaciencia, la irritación y tal vez el odio por el paciente se transforman en hiperdisponibilidad y excesiva dedicación, en tanto que los sentimientos negativos son escotomizados.

Si como hemos señalado, estos mecanismos evolutivos permiten una relación médico-paciente suficientemente egosintónica y productiva para ambos, es posible que en ella intervengan también mecanismos de defensa arcaicos. La angustia del médico puede proyectarse sobre el paciente, y la negación intensa frente al sufrimiento puede llevar a no tomar en cuenta o a descuidar una situación objetivamente grave, por negarse a admitir *a priori* situaciones cargadas de significados penosos, perturbadores o traumatizantes. A este propósito sería interesante considerar en la peculiaridad de la profesión médica, la posible investigación de las experiencias-pantalla que puedan hacer categórica la negación (Trentini, 1980). Es posible, además, que el médico haga diferencias entre los pacientes que no se curan o que son particularmente molestos, que muchas veces se vuelven "perseguidores", y los pacientes "buenos" necesitados de ayuda. También el modelo sadomasoquista de la relación, que persiste en el sufrimiento que se experimenta con los pacientes que no se curan o que empeoran, alimenta en el médico la culpa persecutoria ligada a la fallida reparación del objeto, y puede suscitar respuestas agresivas, como aplicar terapias más enérgicas o recomendar intervenciones radicales. En estos casos el paciente controla al terapeuta con su sufrimiento, y el médico le adjudica a su paciente el rol del objeto que si logra reparar lo hace sentirse bueno, pero que de otro modo le produce la sensación de haber fracasado terapéuticamente.

Los mecanismos de defensa en la relación médico-paciente pueden constituir verdaderas estructuras defensivas del carácter; por ello es posible, según hemos experimentado todos, distinguir diversos tipos de actitudes terapéuticas y de estilos de vida profesional, que varían desde la hiperdisponibilidad a la que ya nos hemos referido, con una constante dedicación y abnegación a la profesión, hasta las actitudes de distanciamiento y de racionalización, por las cuales la aproximación al

paciente resulta cuidadosamente envuelta en tecnicismos, pero fría desde el punto de vista emotivo porque el terapeuta prefiere encontrarse frente a "casos clínicos" más que frente a personas necesitadas de ayuda. Es necesario destacar la actitud extremadamente rígida e impermeable a la angustia del optimismo negativo. Como ejemplo podemos referirnos a Proust en su *Recherche*, que ha sido definida como "la gran obra de un enfermo" (Macchi, 1979), y en particular al sutil análisis que hace del Duque de Guermantes, hombre agradable y apreciable desde el punto de vista personal, pero bastante superficial. Más adelante veremos que este personaje difiere del doctor Cottard en su actitud hacia el cuerpo, la enfermedad y la vida.

Veamos pues cuál es la actitud de Guermantes y de su mujer Oriana frente a la enfermedad de Swann, en el fragmento que firma la condena, no pronunciada pero intuida, del narrador frente al mundo fatuo, insensible y árido de la aristocracia, a la cual, no obstante, le había dedicado al principio, páginas de extática admiración.

-Y bien, en una palabra, ¿cuál es la razón que le impedirá ir a Italia?-, preguntó la duquesa levantándose para despedirse de nosotros. -Pero, querida amiga, es que estaré muerto para entonces. Según los médicos que he consultado, a finales del año el mal del cual sufro, y que por lo demás también puede llevarme rápidamente, no me dejará, en todo caso, más de tres o cuatro meses de vida, y ya eso es mucho-, respondió Swann sonriendo, mientras el criado abría la puerta vidriada del vestíbulo para dejar pasar a la duquesa. -¿Pero qué cosa dice?- exclamó la duquesa interrumpiendo un instante su camino hacia la carroza y alzando sus bellos ojos azules y melancólicos, pero llenos de incertidumbre. Colocada por primera vez en su vida entre dos deberes tan diferentes como salir en carroza para ir a cenar fuera y testimoniarle piedad a un hombre que está a punto de morir, en el código de lo conveniente no encontraba nada que le indicara el procedimiento que debería seguir, y no sabiendo a cuál dar la preferencia, consideró que debía fingir que no creía que la segunda alternativa pudiera ser posible, para poder obedecer a la que en aquel momento requería menos esfuerzo, y pensó que el mejor modo de resolver el conflicto sería negarlo. -¿Quiere bromear?- dijo a Swann.

-Sería una broma de muy buen gusto -respondió irónicamente Swann.- No sé por qué le digo esto, hasta ahora nunca había hablado de mi enfermedad. Pero desde el momento en que me lo ha preguntado y de que ahora puedo morir de un día para otro... Pero sobre todo no quiero retrasarla, deben cenar fuera-, agregó, porque sabía que para los demás, las propias obligaciones mundanas vienen antes que la muerte de un amigo, y se colocaba en el lugar de ellos por cortesía. Pero la duquesa, a pesar de sus obligaciones, podía darse cuenta confusamente de que la cena a la cual ella se dirigía debía contar para Swann menos que su propia muerte, así que encaminándose hacia la carroza, se encogió de hombros diciendo -¡No te preocupes por esta cena; no tiene ninguna importancia!- Pero estas palabras pusieron de pésimo humor al duque, quien exclamó: -Sube, Oriana, no te quedes allí

chismeando e intercambiando jeremiadas con Swann, sábetelo bien que a la señora de Saint-Euverte le importa mucho que uno se siente a la mesa a las ocho en punto. Hay que saber lo que se quiere, los caballos esperan desde hace cinco minutos. Discúlpeme, Charles -dijo dirigiéndose a Swann- pero son las ocho menos diez; Oriana siempre está retrasada, se necesitan más de cinco minutos para llegar a la casa de la vieja Saint-Euverte-.

La señora de Guermantes se lanzó resueltamente hacia la carroza y dirigió un último saludo a Swann. -Volveremos a hablar de ello, no creo una palabra de lo que dice, pero necesitamos hablar. Lo han aterrorizado estúpidamente; venga a comer el día que quiera (para la señora de Guermantes todo se resolvía siempre en las comidas), escoja usted el día y la hora-, y levantando su falda roja puso el pie en el estribo. Estaba por entrar en la carroza cuando, viendo aquel pie, el duque exclamó con voz terrible: -¡Oriana, qué cosa ibas a hacer, desdichada! ¡Te pusiste zapatos negros! ¡Con un vestido rojo! Baja rápidamente a ponerte los zapatos rojos.- Y dirigiéndose al criado -Dile a la camarera de la señora duquesa que traiga rápidamente los zapatos rojos-. -Pero querido-, respondió dulcemente la duquesa, molesta por temor de que Swann, que salía conmigo pero que había querido dejar pasar la carroza, hubiera escuchado, -Puesto que estamos retardados...-

-Pero no, tenemos todo el tiempo. Son las ocho menos diez, no necesitaremos diez minutos para llegar al Parc Monceau. Y además, qué quieres, llegaremos a las ocho y media, esperarán, en todo caso no puedes presentarte con un vestido rojo y zapatos negros. Por otro lado, no seremos los últimos; corre, están los Sassenage, sábetelo que no llegarán nunca antes de las nueve menos veinte-. La duquesa subió a su habitación.

-¡Eh! dijo el señor de Guermantes, ¡Pobres maridos, se burlan de ellos pero no obstante sirven para algo! Sin mí Oriana habría ido a la cena con los zapatos negros-.

-No se veían tan mal, -dijo Swann-, ya había notado los zapatos negros pero no me parecieron de ninguna manera impertinentes.-

-No digo lo contrario, -respondió el duque-, pero es más elegante que sean del mismo color del vestido, y además, quédese tranquilo, no habría pasado mucho tiempo sin que se hubiera dado cuenta y yo habría tenido que venir por los zapatos. Habríamos cenado a las nueve. Adiós, queridos-, dijo empujándonos dulcemente-, váyanse antes de que Oriana regrese. No es que no le de placer verlos a los dos, al contrario, le gusta mucho verlos. Si los encuentra todavía aquí comenzará a hablar y está tan cansada que llegará a la cena extenuada. Y además, les confesaré, francamente, que me muero de hambre. Hice un pésimo almuerzo esta mañana al descender del tren. Había también esa maldita salsa bearnesa, pero no obstante, de ninguna manera, pero de ninguna manera me habría aburrido de sentarme a la mesa. Cinco para las ocho ¡Ah, las mujeres!. Terminará en que estaremos mal del estómago los dos. Ella es bastante menos fuerte de lo que se cree-.

Al duque no le molestaba para nada hablar de sus enfermedades y de las de su mujer a un moribundo, porque éstas le interesaban más, le parecían más importantes. Así, por buena educación, con desenfado, tras habernos acompañado gentilmente, le gritó como al viento y con voz estentórea desde la puerta, a Swann, que ya estaba en el pórtico: -Y usted, no se deje impresionar por todas esas ridiculeces de los médicos, ¡demonio!, son unos asesinos. Usted está sano como el Pont Neuf. ¡Nos enterrará a todos!-

Después de este impresionante ejemplo de *understatement* (racionalización-negación-frialdad narcisista), frente a la enfermedad grave, debemos recordar que es aún más peligroso porque está cargado de la posibilidad de desilusionar al optimismo omnipotente por el cual se reconoce la patología de los demás pero se le considera, frecuentemente por error, que está "bajo control" y que es administrable, una especie de "síndrome de Lázaro" por el cual el terapeuta es investido de un rol omnisciente, omnipotente y oracular, que puede ser también lisonjero, pero que conlleva inevitablemente desilusiones vividas con frecuencia como derrumbes narcisistas (Jeammet y cols., 1987). Otro mecanismo similar se configura en el llamado aspecto angelical del médico que queda aprisionado en el rol de aquel que está designado para ayudar y que se vuelve por ello disponible, solícito a la necesidad de establecer un contacto con el interlocutor, usando una especie de "código de santidad" permisivo, aceptante, no crítico. Esta dinámica es siempre de tipo complementario: el paciente puede buscar la actitud angelical y el terapeuta puede tender a no asumir el rol de objeto, o puede ser seducido por él; se han activado especialmente mecanismos relacionados con la formación reactiva. También es posible que se cree una especie de fusión entre el terapeuta y el paciente, con proyección recíproca de un Yo grandioso, en una relación narcisista interminable, por la cual el paciente se cura, pero se convierte en terapeuta, es decir, que se cura a sí mismo al proyectarse en el otro; en este caso, el paciente puede recaer si le falta el terapeuta, pero también el terapeuta puede enfermarse si le falta el paciente. A este propósito se observa frecuentemente que en las condiciones de mayor vulnerabilidad física y psíquica, los pacientes delegan en quienes los tratan la propia omnipotencia narcisista defectuosa y el propio poder reparador, con una especie de pensamiento mágico, ilógico, que tiene fe ciega en el médico y en sus medicinas. Se trata de un formidable instrumento terapéutico si es bien usado, pero puede configurarse en una especie de *folie à deux* si la pareja médico-paciente se vuelve una unidad narcisista y autárquica, separada del mundo exterior.

En todo caso, el significado profundo de las defensas es siempre adaptativo por la conservación del equilibrio interior y por la buena adaptación a sí mismo y a los demás. Se trata, si acaso, de encontrar ese equilibrio si el proceso culmina felizmente. Por lo que concierne a la elección del mecanismo de defensa, los motivos son complejos y van desde la naturaleza de las pulsiones instintivas reprimidas, hasta el periodo del conflicto decisivo, el contenido y la intensidad de las frustraciones, la presencia o no de satisfacciones

sustitutivas, hasta un acontecimiento histórico que ha impedido un mecanismo de defensa específico. En realidad, los individuos con un Yo más fuerte ponen en acción generalmente los mecanismos de adaptación más que los de defensa, lo que permite una relación buena y flexible con la realidad, además de que tienen más fácil acceso a la conciencia respecto de los mecanismos de defensa propiamente dichos. De cualquier modo, no queda sino afirmar que la adaptación depende de las frustraciones sufridas, del nivel de maduración de las motivaciones y del desarrollo psicossocial (Trentini, 1980). En el caso específico, el médico, con sus acciones y sus actitudes, puede aliviar la tensión del enfermo, calmar sus aprensiones y permitirle reorganizar después la regresión y el abandono al tratamiento médico. Por el contrario, con su incompetencia y su indiferencia puede dejar que el paciente caiga presa de la angustia y se desorganice ulteriormente. La calidad de la relación es aquí determinante y es función de los mecanismos defensivos adoptados por el terapeuta.

Este discurso un poco obvio remite a otra pregunta, bastante menos obvia, y fundamental para la comprensión de los mecanismos que sostienen la relación médico-paciente. Volviendo hacia atrás, podemos interrogarnos sobre cuáles son las dinámicas y los mecanismos que impulsan a la elección de una profesión que conlleva frecuentemente la puesta en acción de las estructuras defensivas. Se puede decir que las motivaciones profundas de la elección de la profesión médica están ligadas al deseo de ver, de reparar y de poder. Por lo que concierne a la primera instancia, es necesario volver hacia atrás, a las fases precoces del desarrollo infantil; los aspectos dinámicos de la elección de la profesión médica son arcaicos y se relacionan con la curiosidad infantil por el cuerpo de la madre y por las relaciones sexuales entre los padres, imaginadas como violentas y destructivas, y por ello cargadas de angustia para el niño.

La angustia relativa a la escena primaria puede separarse, quedando una especie de curiosidad y de interés por el cuerpo y por los genitales; basta pensar, en particular, en el "juego del doctor" (Jeammet y cols., 1987), en el que esta curiosidad es actuada. Se desarrolla, generalmente, a escondidas, con una excitación bastante grande, como si los niños percibieran confusamente los placeres prohibidos que allí se pueden obtener, el placer sexual licencioso de acceder a las partes íntimas del cuerpo, y el placer sádico y de dominio (hacer exámenes dolorosos, prescribir curas penosas), con la posibilidad de invertir la actividad hacia la pasividad, según el lugar de que se trate. Los niños perciben que éstas son actividades prohibidas, e identificándose con el médico se identifican con el personaje que tiene el derecho de hacer todo, porque ésta es la regla del juego. En todo caso, la exigencia de conocimiento y de control del cuerpo está relacionada con el deseo de tener un control omnipotente de la escena primaria, con un mecanismo similar al que está en la base del voyeurismo, con la angustia edípico-castradora que reactiva la angustia pregenital y fomenta una modalidad de relación con el objeto de tipo participación-control.

No pocos aspectos del deseo de reparar tienen su origen en el deseo de resarcir a la madre dañada por nuestra agresividad, o en el deseo de reparar la herida narcisista inflingida por el descubrimiento de la diferencia de los sexos. De esta manera, la enfermedad en sentido lato estimula el deseo de reparación, mientras las pulsiones sádicas (extracciones, intervenciones, terapias desagradables) son lícitas, limitadas a un cuadro preciso y equilibradas por el deseo de curar, en esencia socialmente aceptables. No obstante, dudamos en utilizar el término de sublimación, utilizado por muchos en estos casos.

Por último, el deseo del poder está ligado a la omnipotencia infantil sobre la madre y la anulación del padre; en el médico, este deseo se convierte en un deseo de ver, de tocar, de agredir el cuerpo del otro, en un deseo de omnipotencia sobre la enfermedad y sobre la muerte, al igual que sobre la ausencia de la madre cuando su pérdida no se ha elaborado en el duelo. Existe, en efecto, la tendencia a vivir una parte superyoica con actitudes de poder y de autosuficiencia grandiosas. Obviamente, lo importante es la manera en la que cada uno se organiza frente a estas pulsiones, que pueden ser sublimadas en un ejercicio profesional que ellas mismas enriquecen, favoreciendo, además, la expresión de la personalidad, o bien ser fuente de conflicto en la profesión por las inhibiciones o el uso inconsciente del enfermo para las satisfacciones personales.

Hasta aquí hemos tratado sobre los mecanismos y las estructuras defensivas adoptadas por el médico para controlar la angustia, a veces intensa, generada por sus pacientes. Si estas defensas funcionan se asiste a la verdadera construcción de un equilibrio profesional que podrá ser dúctil, elástico y que tiende a la empatía en el caso de las defensas evolutivas, o bien, más rígido, duro y tecnicista, hasta llegar a la imposibilidad de contender con las angustias propias y ajenas, y al uso de defensas arcaicas muy costosas.

Queda por subrayar la posibilidad de que estos equilibrios defensivos se derrumben, provocando el colapso de las funciones médicas y tal vez una crisis de identidad profesional.

Ante todo, el fracaso vivido como herida narcisista puede llevar a la depresión por la pérdida del objeto amado (en este caso la imagen de sí mismo como buen clínico, o bien la del paciente en el que se había invertido mucho); de allí que pueda derivarse en una incapacidad diagnóstica con impotencia terapéutica, y llegar hasta correr el riesgo de anular la propia preparación científica, retrayéndose en una especie de concha y a actividades "de tipo administrativo", renunciando a toda posibilidad de evolucionar y de crecer. Si las expectativas son excesivas, las relaciones de cambio se transforman fácilmente en relaciones de fuerza, con la rigidización de los roles. Pero si la identificación con el enfermo es muy intensa y el deseo de curar es exagerado se corre el riesgo de no poder conservar la objetividad necesaria para tomar decisiones difíciles, y en este caso puede suceder que no se llegue a dominar la situación. No olvidemos que si la curación lleva en sí la satisfacción de constatar el propio poder, especialmente si el terapeuta se abroga el rol de "aquel que sabe", también existe el

peligro de considerar como una ofensa personal (Jeammet y cols., 1987) el no haber podido curar al paciente.

Las frustraciones repetidas producen frecuentemente ese sentimiento de astenia y de impotencia con apatía, distanciamiento y cinismo frente a los pacientes y frente a la profesión, que se concretizan en el "síndrome del *bum out*", término acuñado para describir un estado cada vez más difuso, especialmente en las estructuras de asistencia pública, donde es más fácil que las expectativas terapéuticas omnipotentes queden frustradas con la inevitable decepción. A su vez, esto puede generar situaciones que enmascaran un rechazo o una agresividad inconsciente, como el negarse a examinar al paciente por tener mucha prisa, dar prescripciones equivocadas u olvidarse de visitar a algún enfermo.

También es posible que el terapeuta actúe una esclerosis frente al sufrimiento del paciente, olvidándose de que tiene frente a él a un ser humano necesitado de auxilio y de comprensión, pero también de racionalidad y de control. En estos casos es posible que el médico se deje ganar por una estimulación fantástica, abandonando la racionalidad y el propio rol, y entregándose a la que hemos descrito como una especie de *folie à deux* con el paciente, lo que lo hará perder, obviamente, toda eficacia terapéutica.

Por último, es necesario señalar la respuesta maniacoide frente a la angustia superada, con actitud escéptica y afectado distanciamiento, por la puesta en juego de negaciones masivas y actitudes del tipo de "todo está bajo control".

### Torpeza y perspicacia del doctor Cottard

Para comprender a fondo lo paradójico de la profesión médica, podemos referirnos una vez más a Proust. Veamos, en particular, las características humanas y profesionales de uno de los personajes de *A la Recherche*, el doctor Cottard, hombre mediocre pero clínico perspicaz y capaz que goza de la estimación y de la fe del narrador, experto conocedor de médicos y de medicina.

"El doctor Cottard nunca sabía con certeza en qué tono responderle a la gente, pues ignoraba si el interlocutor bromeaba o hablaba en serio. Así que siempre agregaba a todas las expresiones de su fisonomía, el regalo de una sonrisa condicional y previsoría, que lo habría disculpado del reproche de ingenuidad si el discurso que se le dirigía resultaba ser una broma. Pero para hacer frente a la hipótesis opuesta tampoco dejaba que su sonrisa se afirmara clara y completamente sobre su rostro, sino que en ella se veía ondear perpetuamente una inseguridad en la que se leía la pregunta que no osaba formular: ¿Habla usted en serio?"

Al doctor no le iba mejor en las conversaciones brillantes de los salones:

—Tocaré la frase de la sonata para el señor Swann-dijo el pianista.

—Diablos, ¿no será más bien una "serpiente de sonatas"? -dijo el señor de Forcheville para causar asombro. Pero el doctor Cottard que nunca había escuchado este juego de palabras, no lo comprendió y creyó

que era una equivocación del señor de Frocheville. Como un resorte se aproximó para corregirlo: -Pero no, no se dice serpiente de sonatas, se dice serpiente de sonajas (de cascabel)-, dijo en tono solícito, impaciente y triunfal. Forcheville le explicó el juego de palabras. El doctor se sonrojó. -Admita que es divertido, doctor.- -Oh, lo conozco muy bien", respondió Cottard.

No obstante, este hombre, a quien no podemos definir como dotado de una fina intuición psicológica, tenía todo el respeto del narrador por su actitud profesional:

"...En aquel hombre tan insignificante, tan común, había en aquellos breves momentos en los que deliberaba sobre los riesgos de uno u otro tratamiento, y hasta que se resolvía por alguno, el tipo de grandeza de un general que, a pesar de ser mediocre en su vida diaria, es un gran estratega en el momento de peligro y, tras de reflexionar un instante, decide qué es lo más indicado militarmente, y dice: ¡Ataquen por el Este!"

El rigor de la observación científica permite diagnosticar, aun sin tener dotes de empatía, los trastornos psíquicos al igual que los físicos; pero se trata siempre de fenómenos objetivos, de algún modo, del cuerpo, como en el caso de que el DSM-III-R colocara entre las personalidades múltiples, los trastornos somatoformes y disociativos. No se trata ya de comprender el problema, afinar el *insight*, ver los núcleos propiamente emotivos y psíquicos de la situación.

"...Aquí el doctor Cottard, con la fineza que revela en él al hombre de gran distinción, saca a colación la historia de las perlas e informa que este género de catástrofes produce en el cerebro de la gente, alteraciones del todo similares a aquellas que se observan en la materia inanimada, y cita de una manera más filosófica de lo que lo harían muchos médicos, al cumplido camarero de la señora Verdurin que por el terror que experimentó en el incendio en el que corrió el riesgo de perecer, se convirtió en otro hombre, cambiando de tal forma su manera de escribir que en su primera carta anunciando lo sucedido, que recibieron sus patrones en Normandía, creyeron que se trataba de una broma. Y el cambio no se limitó a su manera de escribir, según Cottard, quien explicó que, de sobrio que era, aquel hombre se convirtió en un borracho tan desagradable que la señora Verdurin se vio obligada a despedirlo. Después de esta disertación pasa a hacer una breve relación de la señora de la casa, del comedor y del salón fumador veneciano donde Cottard dice haber asistido a auténticos desdoblamientos de personalidad, citando el caso de un enfermo suyo que se ofreció gentilmente a llevarlo a su casa, y al cual le bastaba que le tocaran las sienes para que se sumergiera en una segunda vida, en la cual no reconocía nada de la primera, al grado de que, siendo hombre honesto en esta vida, en la otra había sido arrestado varias veces por hurtos cometidos, y en la cual era solamente un abominable bribón.

Y cuando junto a los maravillosos techos y alféizares adornados con blasones, provenientes del antiguo palacio Barberini, de la sala donde fumábamos, dejé vislumbrar mi queja por el progresivo ennegrecimiento de una taza a causa de la ceniza proveniente de nuestros puros "Londres". Swann indicó que semejantes

manchas prueban, según algunos libros que habían pertenecido a Napoleón I y que el duque de Guernantes poseía a pesar de sus ideas antibonapartistas, que el emperador mascaba tabaco; Cottard, quien se muestra como un individuo curioso y verdaderamente incisivo en toda clase de argumentos, declaró que aquellas manchas no provenían de la ceniza. –De ningún modo –insistió con autoridad– sino de la costumbre que tenía el Emperador de tener siempre a la mano, aún en los campos de batalla, pastillas de regaliz para aliviar sus dolores de hígado, -porque tenía una enfermedad del hígado y fue de ella de la que murió-, concluyó el doctor".

Cottard es sin duda un gran médico y su capacidad diagnóstica y terapéutica es notable: "Este don misterioso -dice Proust- no implica ninguna superioridad en las otras partes de su inteligencia; es un ser de una gran vulgaridad al que le gustan la peor pintura y la peor música y que esté privado de cualquier interés espiritual, pudiendo perfectamente poseerlo".

Y Proust comprende bien por qué: "Los fenómenos morbosos... eran, sin embargo, claros e inteligibles para los seres que pertenecen al mismo reino de la naturaleza al que pertenecen ellos: esos seres cuyo espíritu humano ha terminado por esforzarse para comprender qué cosa les dice su cuerpo, como si frente a las respuestas de un extranjero buscaran a un hombre de su propio país que les pueda servir de intérprete. Aquellos que pueden discurrir sobre nuestro cuerpo y decir si su cólera es grave o si se calmará pronto..."

Así pues, Cottard, mientras más comprende al cuerpo menos comprende a la mente: una especie de alexitimia diagnóstica que está ligada al hecho de que su estructura está conectada al cuerpo materno por un anclaje en el que no ha ocurrido el trauma de la separación, en una relación simbiótica. Mientras la comprensión de la psique está ligada a una estructura separativa, capaz de elaboración autónoma y distante, los mensajes del cuerpo provienen más de un estrato profundo, psicofísico indiferenciado, protomental. La comprensión del cuerpo es una alternativa para la comprensión de la psique evolucionada, dado que Cottard recibe mensajes al tocar el cuerpo del paciente, y por ello, en un plano profundo, regresa a tocar el cuerpo materno del cual no se separa porque nunca se ha separado de él, viviendo "inmerso en este mundo arcaico, acuático, cuidadosamente aislado de todo lo demás, fuera del espacio y del tiempo; por ello Cottard concentra lo mejor de sí mismo, mientras que aquello que encuentra más allá de sus confines pertenece para él a un reino de la naturaleza diferente del suyo" (Nanni, 1992). Esto es muy diferente de lo que le ocurre al psicoanalista, a quien le está prohibido tocar al paciente, pues tocar es perturbante y está ligado al "*Noli me tangere*" (Rossi, 1987).

La condición alexitímica del paciente, la imposibilidad regresiva de descifrar los mensajes provenientes del propio cuerpo se alía con la necesidad, un tanto regresiva, de interpelar a un médico que, aunque privado de profundidad y de matiz psicológicos, está considerado como objeto arcaico y omnisciente. El doctor Cottard alimenta estas dos condiciones, y obtie-

ne resultados mucho mejores que los que obtendría si atormentara a su paciente con los problemas de toma de conciencia. Aquí las dos dimensiones que están en juego son la evitación fóbica del cuerpo, con privilegio de la mente, o el aislamiento obsesivo y, por ello, la consideración privilegiada del cuerpo mismo, que representan las dos defensas opuestas contra la angustia central que produce la curación: aquella ligada a la antigua separación del cuerpo materno. La disolución del grupo de enfermedades consideradas como psicósomáticas, es considerada por algunos como un fracaso o una puesta en jaque de la teoría psicoanalítica (Rossi, 1992). En realidad, hace necesario el uso de los instrumentos analíticos con el fin de evitar las interferencias contratransferenciales en el juicio diagnóstico. Pero no obstante todas las teorizaciones, se puede decir que hay médicos más adaptados para tratar el cuerpo y médicos más adaptados para tratar la mente, considerados como dos dimensiones de la misma realidad, y que esta tendencia específica deriva del desarrollo de la historia personal y de los conflictos del médico mismo, y por ello, de su personalidad.

Lo que se debe hacer es tratar de controlar la conciencia con instrumentos diversos (análisis personal, grupos Balint, "*liaison*"), así como las resistencias y los impulsos emotivos (Balint, 1970; Pasnau, 1975), para poder dar diagnósticos más precisos apegados a los hechos, y tratamientos menos contratransferencialmente negados, evitando así tanto la fuga del cuerpo como el excesivo "apego" al mismo, que pueden obnubilar la mirada. Pero permanece el hecho de que el que es capaz de curar el cuerpo, ha tenido supuestamente un *iter*, y por ello tiene una estructura profunda del todo diferente de la de quien está capacitado y adaptado para curar las expresiones psíquicas del cuerpo, y que estas especificidades saludables, cuando son genuinas, se respetan sin interferir. La interferencia del consultante, especialmente en las dimensiones personales del médico, puede ser dañina para el diagnóstico y el tratamiento.

Estas limitaciones, que ahora hemos comprendido bien, de la relación didáctica-interpretativa (llamémosla así), fantaseada por el clínico que se ocupa de la psique en relación con el propio médico, están ligadas también, sobre todo al hecho de que una parte importante de la actividad del médico sobre la persona global está sostenida por una capacidad inespecífica y no técnica, estructural o de formación psicógena demasiado antigua para poder ser modificada ahora, y por ello sólo son susceptibles de afinarse cuando ya existen, pero no se pueden crear cuando no existen.

### **Liaison Psychiatry: mucho ruido y pocas nueces**

Pero entonces ¿qué medidas de calidad intrínsecas y extrínsecas, específicas e inespecíficas, personales y profesionales, definen al buen médico, a aquél que más allá de toda sutileza diagnóstica y aplica terapias apropiadamente? ¿Y cuál es la intromisión razonable de un buen médico en el campo psíquico? En este punto parece necesario, para tratar de responder a esta pregunta, referirnos a la paradoja de la dicoto-

mía psique-soma. La distinción asimétrica mente-cuerpo ya no convence tanto y ahora debe ser superada por su ingenua pretensión de claridad, así como el concepto de psicósomática debería ser obliterado. Es necesario no olvidar, en efecto, que este modelo dualista no puede sostenerse precisamente por la naturaleza metafórica del concepto de "mente", que puede representar simbólicamente una serie de funciones y no una realidad física como el cuerpo, con el riesgo de la cosificación de una metáfora (Rossi, 1987). Pero si por un lado, en la nosografía oficial, estos temas efectivamente han desaparecido, y nadie se ocupa ahora en encontrar los "componentes etiopatogénicos de tipo psíquico" de las más variadas enfermedades, dando ahora por descontado el caudal imponente de datos brindados por la psicoimmunología y la psicoendocrinología, no obstante el concepto del dualismo mente-cuerpo se resiste a desaparecer de la mente de la mayor parte de los médicos, por los motivos que el doctor Cottard ha explicado. Y es precisamente esta resistencia, que en cierto sentido tiene el aspecto de una verdadera y precisa escisión, generalmente en los casos en los que sería costoso para el médico admitir, por un lado, que ciertos síntomas somáticos pueden tener etiología psíquica, y por el otro, que un trastorno somático puede tener complicaciones psíquicas, lo que lleva lejos de la comprensión del propio paciente, porque para ser válida, la referencia teórica debe ser unitaria. En efecto, no obstante este dualismo mente-cuerpo persiste en la formación profesional, y el médico continúa observando distinciones entre la psique y sus manifestaciones somáticas, que no tienen el derecho primario de existir ni de ser descritas. Por ejemplo, es bastante difícil para un clínico concebir una vivencia como el dolor mental que, no obstante, tiene una existencia psíquica en cuanto metáfora de una condición corporal básica. Por otro lado, también para la teoría y para el proceso psicoanalítico es necesario que mente y cuerpo sean diferentes, y que el dualismo ya se haya afirmado: el psicoanálisis nace con la tragedia, y en Edipo Rey, el hombre no es un cuerpo a merced del destino ineluctable, sino que asiste como un espectador separado y angustiado, como si una cosa fuera su cuerpo que se expresa, y otra la mente que ve este acontecer. ¿Y acaso no se tiene la impresión de que el cuerpo ha sido casi abolido en muchas de las afirmaciones de Bion, puramente metafóricas, como "pensamiento sin pensador" o "analista sin memoria y sin deseos"? Si por un lado la correlación entre funciones de la psique y del soma es, para el psicoanálisis, obvia, por el otro lado, la misma necesidad de concebir esta conexión, por ejemplo, en

la conversión, es indicadora de una concepción dualista (Rossi, 1992).

En este punto advertimos que pedirle al médico que renuncie a la visión dualista es tal vez pedirle demasiado, por cuanto implica la formación profesional, y por cuanto implicaría, en el plano personal, la aceptación plena del propio paciente como unidad psique-soma, y por ello el compromiso y la carga de sus problemas psicológicos propios. Pero de aquí deriva la otra gran dificultad, que es aquella de la que hemos partido, es decir, la oposición y las resistencias que encuentra quien desea aplicar un modelo de consulta de psiquiatría de enlace. Ante todo, la hospitalización acentúa algunos rasgos de la relación médico-paciente, desequilibrándola en desventaja del enfermo: de hecho, crece la desigualdad entre la relación y el sentido de inferioridad y de dependencia; los intereses se centran sobre el cuerpo en detrimento de la palabra; las dimensiones del hospital, la multiplicidad del personal, la falta de una relación personalizada anterior presionan al paciente aumentando su vulnerabilidad, su confusión y sus reacciones al estrés. Además, las defensas establecidas por la angustia psíquica del paciente provocan en el médico variadas actitudes profesionales, que como hemos señalado arriba, van del escepticismo hasta la negación y la agresividad, y que frecuentemente implican el rechazo de un contacto concreto con el paciente que, no hay que olvidarlo, debería tener como fin último no sólo la expresión de una opinión sobre el caso particular, sino una función didáctica y de apoyo por el clínico y por todo el equipo. Se observan, a veces, resistencias que comportan modalidades insólitas de intervención, aproximaciones demasiado personales o bien evasivas o indirectas, que pueden implicar la presencia, en el médico, de defensas contra la ansiedad, narcisistas y antidepresivas, ligadas a la sensación de impotencia terapéutica, al temor a las críticas y a la preocupación por el prestigio personal o el del equipo. En realidad frecuentemente se pide la consulta en momentos de crisis durante los cuales el paciente rechaza desempeñar un rol que no sea el adecuado para expresar sus sufrimientos, no se comporta según las expectativas del médico e induce resonancias emotivas personales de distanciamiento o de negación. En estos casos, la motivación para acudir a la consulta es normativa, y se le pide al psiquiatra la resolución técnica del síntoma (no es por casualidad que la interconsulta se pide frecuentemente cuando las búsquedas diagnósticas instrumentales permanecen mudas) y la normalización del paciente en el rol sancionado por la institución, como un ejemplo evidente de fractura entre lo psíquico y lo somático, y no de integración.

## REFERENCIAS

1. BALINT M: *Medico, Paziente, Malattia*. Feltrinelli, Milán, 1970.
2. CHEJOV AP: *Racconti*, Garzanti, Milán, 1991.  
FENICHEL O: *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Astrolabio, Roma, 1951.
3. JEAMMET P, REYNAUD M, CONSOLI S: *Psicologia Medica*. Masson, Milán, 1987.
4. MACCHIA G: *L'Angelo Della Notte*. Rizzoli, Milán, 1979.
5. NANNI S: Dimensioni del rapporto Medico-Paziente: Il corpo e la cura. *Rivista di Psichiatria*, 1993.
6. PASNAU RO: *Consultation-Liaison Psychiatry*. Grune & Stratton, Nueva York, 1975.
7. PROUST M: Dalla parte di Swann, in *Alla ricerca del tempo perduto*. Vol. I, Einaudi, Turín, 1978.

8. PROUST M: *All'ombra delle fanciulle in fiore* (Ibidem Vol. II).
9. PROUST M: *I Guermentes* (Ibidem Vol. III).
10. PROUST M: *Il Tempo Ritrovato* (Ibidem Vol. VII).
11. ROSSI R, BUCCA M: Elementi di diagnostica e di classificazione psichiatrica, in Gilberti F, Rossi R: *Manuale di Psichiatria*, Piccin Nuova Libreria (in stampa).
12. ROSSI R: Noli me tangere. *Gli Argonauti*, Vol. 32, pag. 29, 1987.
13. ROSSI R: Disturbi somatoformi e dissociativi: Premessa, in *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milán, 1992.
14. ROSSI R, BERTI A, RICCA R: Empatia: Strumento e ostacolo terapeutico. *Argomenti di aggiornamenti per operatori psichiatrici*. (a cura di Costantini A. et al.) Regione Lazio, 1990.
15. ROSSI R: Alle sorgenti del Nilo: metafore bioniane, in Fossi G, Rossi R: *Mito, religione e pensiero analitico*. CIC Edizioni Internazionali, Roma 1992.
16. ROSSI R: Tossicodipendente in ospedale: il medico e i suoi fantasmi. Atti del convegno "Il tossicodipendente in ospedale", V USLF Finalese, Regione Liguria, 1982.
17. ROSSI R: Eros corporeo e mentale. Il somatico, lo psichico e lo psicosomatico. Atti del Convegno Internazionale "Il momento Mente-Corpo unificante", Milán, 24-26. Ottobre 1986.
18. TRENTINI G: Il repertorio dei meccanismi di difesa, in AAVV. *Manuale del colloquio e della'intervista*, ISEDI, Milán, 1980.

**Respuestas de la sección  
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA  
Autoevaluación**

- 1.D
- 2.C
- 3.C
- 4.E
- 5.C
- 6.C
- 7.A
- 8.B
- 9.E
- 10.C
- 11.B
- 12.A
- 13.C
- 14.D
- 15.B