

EL PSICOANALISTA ENTRE EL PEDIATRA Y SU PACIENTE

Autor: Psicoanalista y Psiquiatra Infantojuvenil **Eduardo Kopelman**
Leído en Jornadas de la Facultad de Medicina de la UCC

“Me parece que, en la medida en que el hombre ha establecido la regulación de las relaciones externas a través de la ley, ha tenido un éxito tolerable. El fallo surge cuando llega a producir cualquier método para vérselas con las tensiones emocionales subyacentes en las relaciones humanas. Y sin embargo, precisamente dichas tensiones inconscientes primarias son el problema fundamental de todas las relaciones humanas. Allí donde se encuentren con el elemento intrínseco del problema de que se trate, los hombres se refugian a base de investigar más las posibilidades de control externo. Esta reiterada preocupación por la mecánica externa, (cuando las maquinas no son más que un subproducto del fracaso en hacerse con el problema principal), nunca alcanza mayor nivel que el de las técnicas policiales, no importa lo magnificante del lenguaje con que se vistan.” (Wilfred Bion, Psiquiatría en tiempo de crisis, en Cogitaciones. Conferencia del 22 de Enero de 1947.)

Me pareció adecuado recordar estas consideraciones de Bion. Y me pareció adecuado porque tiene la actualidad de los temas que se tratan hoy en esta mesa. De hecho, el avance técnico de la medicina no se vio acompañado de un progreso acorde de la técnica para manejar las vicisitudes emocionales que experimentan sus actores principales, o sea, el paciente y el medico, y sus entornos, la institución y la familia. Mientras los métodos diagnósticos y terapéuticos han dado un salto fenomenal en el campo de la medicina, y también en la psiquiatría en tanto especialidad medica, donde el avance en el conocimiento de la neuroquímica, así como de la psicofarmacología han alcanzado niveles de sofisticación impredecibles hace unas décadas, la inclusión de la emocionalidad como un factor determinante en el proceso del enfermar, y del curar, sigue siendo una asignatura pendiente. Si bien en las ciencias físico- naturales, y este es el método que utiliza la medicina, se considera que la variable de la subjetividad del observador debe ser incluida en el método, de hecho, la participación de la persona del medico como variable es objeto de una consideración absolutamente formal: nadie subestima su importancia, pero en la practica la emocionalidad se vive mas como un elemento perturbador de la relación medico-paciente que como un elemento que no puede dissociarse de la experiencia humana. De este modo, la enfermedad es concebida como un proceso biológico, producto de una noxa interna o externa, manifestada a través de síntomas, agrupados en síndromes que permiten, a veces, su diagnostico etiológico, y de este se desprende un tratamiento de la enfermedad. La persona del enfermo no aparece en este proceso. Y tampoco la del medico, mostrando claramente que el modelo con el que se opera en la practica medica excluye toda implicancia de la subjetividad en el devenir de la enfermedad.

Así el método científico de la medicina contrasta con el método precientífico, intuitivo, personal, con el que el medico maneja la variable de la relación

medico paciente. Y esto no parece para nada diferente a lo que describía Balint en los años 50 en Inglaterra, ni de las consideraciones de Marie Langer, de Bleger, y de Isaac Luchina y Ferrari en nuestro país, para tomar algunos referentes, lo que demuestra que mientras la tecnología hizo grandes avances, no hubo un desarrollo acorde de los métodos para manejar las tensiones emocionales de la que hablamos en un comienzo.

Quiero referirme a dos aspectos de este problema: en primer lugar, las circunstancias que favorecen que el médico deba apelar a estos mecanismos defensivos, que implementa en su tarea y. en segundo lugar, cual es el lugar que nos compete a los psicoanalistas en este proceso.

La disociación que se da tanto en el medico, como individuo, y en la medicina, como cuerpo científico, entre lo físico y lo psíquico o bien entre enfermo y enfermedad, es como toda situación sintomática, expresión de un conflicto, que en este caso, se determina desde lo cultural por un lado, y lo subjetivo por el otro.

Desde la cultura, el medico debe cumplir con la función de curar la enfermedad, y desde su praxis, implementado técnica e ideológicamente para cumplir con ese designio, se encuentra expuesto a un inmenso caudal de emociones que provienen de las expectativas de sus pacientes, a niveles de angustia muy importantes que estos pacientes depositan en su medico, y a la que responde desde sus propias estructuras inconscientes. Estamos hablando, obviamente, de los fenómenos de transferencia y contratransferencia, que nos permiten describir una suerte de clínica de la relación medico-paciente.

Con absoluta prescindencia de sus deseos conscientes, el hombre médico se ve involucrado en el proceso de tratar al enfermo. Si todo va bien, vale decir, si el medico es capaz de establecer una identificación empática transitoria con su paciente, podrá implementar su rol profesional exitosamente, incluyendo en su acto médico al paciente y a su particular modo de padecer su enfermedad. Pero si los montos de ansiedad son excesivos, (en alguno de los actores), o se presentan interferencias institucionales, o familiares, el medico va a responder implementando respuestas de lo mas diversas, de tipo inconscientes, y que pueden ir desde un nivel excesivo de identificación con el paciente, o un rechazo a este, o a actuaciones que pueden pasar como indicaciones terapéuticas, encubriendo conductas hostiles del profesional, y que van a generar respuestas igualmente agresivas por parte del paciente.

Las consecuencias de esta situación también son variadas, pero todas ellas pueden atentar contra la identidad profesional del medico. Ya sea que se someta al paciente, o empiece a tener dudas obsesivas sobre su capacidad o que se aíse emocionalmente, su capacidad de pensar se verá severamente comprometida con ese paciente, y probablemente con otros también.

Obviamente, las decisiones terapéuticas tomadas en estas condiciones incidirán en el proceso de tratamiento.

Se entiende entonces que el medico deba implementar defensas emocionales frente a las ansiedades que devienen de la practica profesional. Si esas defensas son adecuadas, contribuirán a que el medico se preserve del deterioro de sus

capacidades. Si no lo son, por inadecuadas o excesivas, se vera comprometida su actividad.

Y es aquí donde puede surgir un pedido que determinará uno de los lugares posibles del psicoanalista en el contexto medico, en la medida en que algún nivel de crisis en la relación Médico-Paciente puede derivar en un pedido de interconsulta medico-psicologica.y el analista se ubique en la función de interconsultor, y no solamente en funciones asistenciales. Sabemos que el pedido de interconsulta no se produce necesariamente por la aparición de un paciente con patología psiquiátrica o psicológica, sino por una crisis de la relación M-P, que determina una dificultad en el medico para ejercer su rol.

Frente a este pedido del médico, hay dos respuestas posibles por parte del interconsultor: una es responder al contenido manifiesto de la demanda y hacerse cargo de la atención del paciente, siguiendo el modelo médico, lo que al decir de Luchina no seria una interconsulta, sino una consulta entre profesionales que operan con un mismo modelo, modo este que favorece la disociación del médico, en tanto el psicólogo se ocupa de lo emocional, que dando el medico liberado de esta tarea. El otro modo, consiste en tomar el pedido como una expresión de la conflictiva de la relación, abordando como objeto de nuestra intervención precisamente el vínculo dañado entre paciente y medico. Así, nuestro paciente no es el paciente, ni el medico, sino el vínculo entre ambos, y el objetivo es reparar este vínculo. Si esto se logra, la relación médico paciente retoma su cause normal, y deja de ser un factor de perturbación en la tarea médica. No abundaremos en la descripción técnica de esta modalidad de operar, que es conocida por muchos, pero señalaremos que es una herramienta de cuño psicoanalítico de un valor relevante, que surge de un desarrollo teórico y clínico muy vasto, y que sin apelar a la técnica psicoanalítica de atención en consultorio, ni a la interpretación de la transferencia, rescata el pensamiento psicoanalítico en un ámbito históricamente reservado al pensamiento medico. Diremos también que en la interesante obra de Isaac Luchina, se cita que el 90% de los pedidos de interconsulta atendidos no requerían de tratamiento psiquiátrico ni psicológico, sino que eran factibles de ser resueltos por este tipo de abordaje. Solo el 10% de la demanda requería asistencia individual.

Ahora bien, con esto nos estamos refiriendo a aquellas situaciones que por analogía con la clínica individual, podríamos llamar egodistonicas, en tanto queda por plantearnos que pasa con aquellos médicos que no presentan ningún tipo de demanda, que podemos llamar egosintonicos, y que se adaptan con éxito a las dificultades de la practica medica, o al menos que no plantean situaciones de conflicto que nos permitan abordar alguna problemática derivada de su praxis.

Sin embargo por estos tiempos ha surgido un importante interés por la descripción de síndromes” para explicar distintos tipos de problemas que afectan a pacientes y también a los médicos, como es el caso del Síndrome de Burn-out, que afecta a médicos y personal de salud que trabaja con pacientes muy graves, como los oncológicos. Estos describen desaliento, desvalorización y otras consecuencias negativas en el equipo profesional que atiende a estos

pacientes. Debo reconocer que mi primera reacción cuando escuche estas descripciones fue pensar que no hacían otra cosa que aludir a fenómenos ya observados hace mucho tiempo atrás por aquellos que estudiaron las vicisitudes de la relación médico paciente. Pero luego me pregunté por que si esto ya es conocido retorna como un problema que provoca sufrimiento entre los médicos. Es que acaso la claridad con la que pudimos entender que pasaba no se tradujo en una herramienta eficaz para resolver problemas? Evidentemente que no. Y entonces, a modo de un síntoma, nos esta indicando que hay un conflicto que demanda ser abordado. Y que nuestra intervención como psicoanalistas, o bien no se dio, o bien ha sido insuficiente.

Y no es porque como psicoanalistas no dispongamos de herramientas idóneas para abordar estas cuestiones. Las experiencias de grupos Balint han sido lo suficientemente exitosa tanto en sus orígenes en Inglaterra, como en muchas de las experiencias que se realizaron en la Argentina. Y la calificación de exitosas no proviene de los psicoanalistas que las coordinaron, sino la de los médicos que atravesaron estas experiencias, que en muchos casos refieren cambios muy importantes en su manera de vincularse con sus pacientes y consigo mismos. La pregunta es entonces: Porque los psicoanalistas no nos ocupamos de estos campos del padecimiento humano y mas bien tendemos a repetir los modelos de la práctica privada del psicoanálisis, a veces en condiciones totalmente inadecuadas para su implementación? Conozco infinidad de respuestas que hacen referencia a las resistencias de los médicos a lo "psi", a la falta de tiempo, a la no-retribución de estas tareas, y otras racionalizaciones por el estilo. Creo que los médicos son muy permeables al trabajo conjunto cuando nosotros, los psicoanalistas, logramos vencer nuestras propias resistencias, en lo que hace al tiempo esta demostrado por el mismo Balint que la hora semanal que se dedica al grupo redundo en un ahorro de tiempo muy importante en la tarea asistencial, y así con los otros argumentos. No tengo una respuesta a esta pregunta, pero cada vez que se menciona la dificultad de los médicos para integrar los aspectos psicológicos de sus pacientes, no puedo evitar pensar si a nosotros, como psicoanalistas no se nos hace intolerable enfrentarnos con la dramática de la enfermedad orgánica, frente a la cual nos sentimos impotentes. Pero si somos psicoanalistas, debemos tomar, como lo hiciera Freud, cada obstáculo como un punto de partida para un nuevo desarrollo.

Si nuestra participación en los equipos de salud apunta a trabajar en la integración de lo escindido, saldremos doblemente beneficiados: por un lado ayudaremos a los médicos y a sus pacientes, y al mismo tiempo integraremos aspectos disociados de nuestras propias mentes.

Por ultimo, un reconocimiento: es a los médicos en general, y a los pediatras en particular: nadie pone tanto el cuerpo como ellos con sus pacientes,

