

## El sentimiento como obstáculo

Un médico clínico que tomaba la presión arterial al comenzar y al finalizar la consulta, lo justificaba diciendo que siempre había una diferencia que indica la importancia que el diagnóstico tiene para el enfermo que consulta.

Por que es tan importante el diagnóstico? Esa o esas pocas palabras calman al médico, porque lo orientan en la investigación o el tratamiento a seguir, y al paciente porque encuentra una palabra que representa su dolencia.

Es parte de la experiencia cotidiana del consultorio el comprobar que el diagnóstico produce un alivio en el enfermo que se refleja no sólo en una baja significativa de su presión arterial, sino hasta en una mejoría.

La promesa de cura que implica el diagnóstico calma no sólo al paciente sino al médico que sostiene un doble papel en toda consulta que recibe.

El primero es el técnico o académico que lo lleva a investigar los síntomas para conformar un síndrome en la construcción de un diagnóstico.

Es la función más placentera de la práctica médica. Fue formado para eso y, si su pasión por saber sigue viva, cada enfermo es un desafío a su formación.

Formación que es puesta a prueba cada vez que es consultado. Es la más gratificante de las funciones ya que sostiene la ilusión de vencer con el saber la amenaza que siempre acucia, la amenaza de encontrarse con un límite de ese saber o de su hacer.

La segunda función que cumple el médico, esta más allá de su saber académico y aún de su pensamiento consciente, y es el lugar que su enfermo le atribuye como curador de su dolencia.

Numerosos chistes que circulan en el ambiente médico como viejos dichos que ya son parte del folklore dicen de las misteriosas curaciones con sólo una visita al médico o con un placebo.

Freud llamó transferencia a esta relación afectiva que lleva al paciente a creer en el saber de su médico y por tanto, en su palabra y su hacer.

Formado como médico, llegó a inventar el psicoanálisis en una búsqueda constante para encontrar el modo de curar a las histéricas encadenadas y desahuciadas por la medicina de la época.

Fue en esa búsqueda que se encontró con reacciones de sus pacientes que eran un claro indicio de amor y atribución de saber.

Este amor, efecto de la atribución de saber, es el instrumento más importante de una cura psicoanalítica ya que sostiene el trabajo que se realiza con el paciente porque ayuda a que la palabra del analista sea escuchada y valorada.

El fenómeno de la transferencia no actúa sólo en la cura psicoanalítica, está presente en toda relación médico enfermo. No es raro escuchar a una mujer diciendo de su médico: “- es un genio, yo lo amo...”.

Si tomamos este decir que parece banal como una importante expresión del sentir del paciente hacia su médico, encontraremos en ella, una verdad.

Se ama a aquel que quitó una dolencia, a aquel que curó una enfermedad, a aquel que acompaña en un momento en el que el cuerpo nos juega una mala pasada y nos sumerge en el dolor y la angustia

La salud nos permite movernos realizando aquellas cosas que nos dan placer, por eso cuando el cuerpo se enferma, al dolor o molestia de la enfermedad se le agrega la angustia por los impedimentos que esta provoca.

El primer signo de enfermedad es la abrupta detención de nuestra vida cotidiana, la molestia que genera esta detención sólo se tolera por la confianza que el médico nos inspira cuando nos dice que esta detención es parte de la cura.

Claro que estamos hablando de enfermedades pasajeras, comunes, con un diagnóstico fácil y una cura casi inmediata.

Pero que sucede cuando la enfermedad es de una gravedad mayor?

Podemos pensar que en esa ocasión, estos efectos no sólo se multiplican sino que aparecen otros nuevos que complejizan más aún el cuadro.

Como médicos saben de lo complejo que puede ser el descubrimiento de una enfermedad grave.

Tenga o no un buen pronóstico, el sólo hecho de tener que anunciarla al enfermo ya constituye una situación difícil.

No se trata de decir un diagnóstico como se diría a un colega o como se trabaja en un ateneo.

Se está comunicando a una persona que está adelante que tiene una enfermedad que pone en riesgo no sólo su bienestar sino su vida. Y decirle a alguien que su vida está en riesgo no es sin efectos.

Efectos en quien padece la enfermedad, que tendrá una reacción imposible de predecir pero que seguro pasará por la angustia, la bronca o la negación de ambas, que es la manía.

Pero el que enuncia esa enfermedad y la gravedad que conlleva recibe en su cuerpo el efecto (que es afecto) doblemente.

Primero porque es testigo de esa reacción, segundo porque es quien siente la responsabilidad de sacar al enfermo de esa situación.

No es necesario ser psicoanalista para vivir el efecto que las palabras producen en todos los seres hablantes. Pero sí es el psicoanálisis el que trata y trabaja estos efectos.

Las palabras no son simplemente el modo en que nos comunicamos. Las palabras nos acarician, nos golpean, nos enferman y nos curan.

Producen enfermedades psíquicas porque dicen otra cosa que lo que dicen o más de lo que el código compartido simboliza en el decir. Transmiten fantasías, temores, sentimientos que no están explicitados pero que son recibidos y contestados por aquellos “que parecen decir otra cosa”

Por la experiencia como médico y como sujeto hablante, es sabido que el cuerpo no está ajeno a lo que acontece en lo afectivo. Es común observar que, lo que no se tramita por la palabra pasa o queda en el cuerpo y, lo que dañaba al cuerpo, se curó por efecto de la palabra.

Con esto estoy acentuando el papel que las palabras tienen en la relación médico-paciente. En ésta relación intervienen otras variables que no dependen del simple hecho comunicativo.

¿Cómo manejarlo?

Es del orden de lo no consciente, es decir, un médico puede saber cómo explicar o como comunicar un diagnóstico pero no puede ensayar ni programar el tono de voz, la expresión del rostro, la polisemia intrínseca en cada palabra....

Detalles que no son detalles pues a través de ellos se transmite más de lo que significan las palabras. Esa transmisión siempre conlleva una carga afectiva que es imposible controlar o dosificar. Es decir, no hay técnica que salve de esta dificultad. No se aprende en ningún texto porque obedece a otro registro que no es el del aprendizaje consciente.

Atentos a que es del orden de lo inmanejable, de lo inconsciente, de lo que actúa más allá de lo calculable, pero precisamente por eso, es de una importancia extrema; nos abocamos a precisar que es esta carga la que cae sobre el cuerpo del médico. Entonces este se encuentra ante una doble angustia, la del paciente que le cae encima como carga a llevar y la propia por ser el responsable de curar lo que puede llegar a ser, o ya sabe que, es incurable.

La cara de la muerte lo mira desde el rostro de su paciente.

La muerte a la que teme el paciente.

La muerte de un saber hacer que se encuentra con un límite. Límite que es muerte, aunque no sea la muerte biológica.

Y la propia muerte que se le presenta en un espejo insoportable.

La posibilidad de que la muerte gane la partida esta siempre presente en la tarea de curar, pero cuando ella tiene las cartas ganadoras, el médico se encuentra con un cuadro que rechaza de plano.

Fue formado para curar, su función, su existencia y su juramento lo atan a una ética que no concibe rendirse entregando un paciente a la muerte.

¿Cómo evitar que el rechazo a la muerte, el deterioro físico y el dolor se transformen en el rechazo inconsciente al paciente que los presentifica en ese momento?

Hay un afecto al que el psicoanálisis le da un papel importante por sobre los demás y es a la angustia.

La angustia siempre esta ligada al síntoma, sea este psíquico o físico. Es el efecto de confrontarse a una falta, sea esta vivida en el plano de la impotencia o de la imposibilidad.

La impotencia y la imposibilidad no son lo mismo pero se asocian cuando la certeza cae. En su caída, la certeza de la cura cede su lugar a la angustia.

Ante lo insoportable de la angustia, los mecanismos de defensa proveen de diferentes estrategias para evitarla. Si bien es el yo el encargado de instrumentar los mecanismos de defensa, estos son inconscientes.

Creído de tal omnipotencia, los seres hablantes podemos llegar a actuaciones que no sólo no nos liberan del obstáculo que nos produce la angustia, sino que nos crea otros. Generalmente aparecen como respuesta del otro o como malestar en la relación. Sin un análisis de por medio, el único modo de descubrir la angustia que llevó a tal o cual situación es a través del retorno en quien trató de evitarla.

¿Qué le pasa al médico que trata a pacientes con riesgo de vida? ¿Cómo “maneja” la angustia que, el paciente, la situación, su propia impotencia le provocan?

Porque, aunque sepa que es del orden de la imposibilidad de la medicina, ese fracaso es vivido como una impotencia personal o profesional

Cuando hablamos de transferencia en psicoanálisis lo hacemos extensivo a la llamada transferencia recíproca, que son los sentimientos que toman al analista en el trabajo con sus pacientes.

Esta transferencia recíproca es un indicio del lugar que el analista tiene para el paciente y lo que éste le transfiere.

Freud pensó en la importancia de estos sentimientos al recomendar un espacio donde esto pueda ser hablado y tramitado por el analista. Esta tarea brinda el beneficio de sostener al analista en su tarea evitando actuaciones que obstaculizan el trabajo al punto de “perder” los pacientes que se tornan “insoportables”

Es precisamente porque no hay técnica a aprender, ni forma de controlar estos sentimientos recíprocos que el trabajo con otro colega se transforma en el “soporte” de una tarea que Freud denominó como de alto voltaje.

Al decir que trabajamos con sustancias químicamente explosivas está advirtiendo que el lugar de “curador” tiene un costo que, de no mediar esta tarea, se torna caro para el médico y también para el paciente que este “soporta”

Hacer más soportable la tarea permite no llevar sobre sí mismo la angustia del paciente ni expulsarla expulsando al paciente junto con lo que el representa.

Los psicoanalistas somos proclives a trabajar con palabras, así como los médicos pueden hacerlo con directas intervenciones sobre el cuerpo del paciente.

Pero esta diferencia no implica que el médico no sea un sujeto que siente y que estos sentimientos puedan, en algunos casos, transformarse en un obstáculo en la relación con su paciente y por tanto en el buen desarrollo de la cura.

Cada médico es un sujeto distinto a otro, tiene una historia personal singular y es también singular su tolerancia a las situaciones más angustiantes.

Lo que sí es común en todos los seres hablantes es que, si podemos hablar de los obstáculos que tenemos en la tarea que estamos realizando, el sólo hecho de hablarlo produce efectos posibilitadores.

Aunque parezca baladí, el escucharse a sí mismo, cómo relata un problema que lo preocupa, que siente en ese momento, con que situaciones lo asocia...etc; es una vía muy interesante para comenzar a pensar el problema.

Si a eso le agregamos que hay otros que escuchan e interpretan, agregando episodios de su propia experiencia, la tarea se enriquece.

Hay ateneos sobre determinados temas pero....

¿Hay reuniones donde se hable sinceramente sobre estos obstáculos?

Este texto pretende, al introducir el tema, crear un espacio donde sea posible tramitar preguntas, plantear situaciones...construyendo un abordaje distinto para facilitar esta difícil tarea de trabajar con el dolor, el deterioro físico y la angustia.