

PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

Trad. al castellano de Juan Bauzá y M^a José Muñoz

Presentación

Desalojar el síntoma para desembarazar al enfermo del mismo y para aliviar su sufrimiento y prolongar su vida, tal es ciertamente de manera muy esquemática, el proyecto de la medicina. En cuanto al psicoanálisis, este acoge el síntoma, al menos el síntoma analizable como una producción del inconsciente del sujeto, es decir como una formación del inconsciente que es la expresión cifrada de un mensaje disfrazado del conflicto entre dos fuerzas opuestas: la del deseo inconsciente y la de la defensa vinculada al Yo.

Las relaciones entre la medicina y el psicoanálisis se han manifestado como problemáticas desde sus comienzos en su encuentro con la histeria. Los síntomas histéricos aparecían a los ojos del psicoanálisis como una emergencia del sujeto frente a una medicina cada vez más científizada y en connivencia con las condiciones sociopolíticas vinculadas al discurso capitalista desde la revolución industrial. Freud supo o pudo escuchar la queja histérica inconsciente después de un trabajo de análisis gracias a la escucha que permitía el método psicoanalítico inventado por Freud y a la hipótesis de la represión y del inconsciente, junto a la importancia de lo sexual en sentido amplio para el equilibrio del sujeto.

La formación del analista no exige necesariamente una formación médica que incluso puede ser contraproducente o en todo caso una pérdida de tiempo, Como le escribía Freud a Ferenczi en 1929 en referencia a la polémica generada por la cuestión del análisis laico: lo médico es «la última máscara que reviste la resistencia contra el psicoanálisis y la más peligrosa de todas», hoy en día podríamos agregar otra: la psicología clínica y ciertas prácticas psicoterapéuticas. Será más bien el psicoanálisis del futuro psicoanalista y la elaboración teórica de la experiencia analítica lo que constituirá la condición necesaria de su formación.

El curso 1965-1966, Lacan estaba desarrollando su seminario XIII sobre El objeto del psicoanálisis. El 16 de febrero de 1966, la sesión correspondiente a este seminario fue sustituida por una mesa redonda que reunió a médicos y psicoanalistas, organizada por el Collège de médecine en el Hospital de la Salpêtrière con el título: Psicoanálisis y medicina, y presidida por Jenny Aubry. En ella participaron, además de la Sra. Aubry, el Sr. Klotz, el Sr. Royer, la Sra. Ginette Raimbault y Jacques Lacan.

Lacan realizó una polémica exposición sobre: "El lugar del psicoanálisis en la medicina", que fue seguida de una por momentos polémica discusión. Lacan destacará aquí dos cosas que el médico descuida y que el psicoanalista recoge: la demanda-deseo del paciente y el goce del cuerpo.

Emile Raimbault, marido de Ginette y psicoanalista él mismo, propuso poco después unas "Notas para una discusión", que permiten vislumbrar la distancia que separaba a Lacan de sus discípulos en aquellos momentos.

Se trata de un material documental sumamente interesante y actual a pesar de que han transcurrido 40 años desde que tuvo lugar. Ofrecemos aquí nuestra traducción no sólo de la exposición de Lacan -de la que ya existía una traducción al castellano de Diana Rabinovich publicada en J. LACAN: Intervenciones y textos, Ed. Manantial, Bs. Aires, 1985, p. 86-99, que hemos tenido en cuenta-, sino del contenido completo publicado de esta mesa redonda y del artículo de Emile Raimbault, recogido todo ello en los Cahiers du Collège de Médecine, 1966, 7 (nº 12), p. 761-774 y en las Lettres de l'École freudienne, nº 1, 1967, p. 34-77.

En 1966 algunos psicoanalistas lacanianos habían empezado a trabajar en servicios de medicina, especialmente Ginette Raimbault en el servicio de medicina del Dr. Pierre Royer. Ginette había declarado que el médico no puede reducirse a una máquina de diagnosticar ni a un robot terapéutico, sino que es un sujeto tomado, capturado, como cualquier otro sujeto, en un discurso del inconsciente que gobierna sus respuestas y reacciones ante el sujeto enfermo, su manera de conducirse o su terapéutica.

Juan Bauzá

Mesa redonda

Sra. Jenny AUBRY - Deliberadamente no trataremos hoy de psiquiatría en el transcurso de las exposiciones y discusiones que ustedes van a escuchar. El lugar del psicoanálisis en la psiquiatría es en la actualidad todavía cuestionado –pero parece indiscutible- y, por mi parte, quiero sobre todo referirme a por qué camino nos hemos visto conducidos a la reunión de hoy.

¿Cuál era mi objetivo cuando hace tres años, decidí, en tanto que psicoanalista y también pediatra, trabajar en un servicio para niños enfermos? Era doble: por una parte, quería introducir en la medida de lo posible, una colaboración entre pediatras y psicoanalistas de buena voluntad, que trabajaran en un mismo equipo y deseosos de establecer una comunicación entre ellos. Y, se trataba de ver lo que el psicoanálisis podría aportar a los pediatras e inversamente. Por otra parte, estaba, igualmente,

dispuesta, disponible, para responder a cualquier petición que pudiera recibir de parte de otros equipos médicos del hospital.

En primer lugar, intenté introducir en mi servicio cierta escucha analítica de los padres y también de los niños, escucha que tal vez modificaría el proceso de la investigación semiológica y, eventualmente, la terapéutica. Después de tres años el equipo está ahí; funciona bien, los niños también y pienso que a pesar de las dificultades inherentes a la vida de un grupo, podremos progresar todavía durante mucho tiempo.

He encontrado más dificultades para responder a las peticiones que me llegaban procedentes de los médicos de otros servicios, y ello fundamentalmente porque reina una gran confusión sobre lo que es el psicoanálisis.

Las primeras peticiones que se me dirigieron eran del dominio de la psicología y de la psicometría, lo que no tiene nada que ver con el psicoanálisis. Es cierto que el rol del psicoanalista no es el de suministrar datos cifrados a máquinas electrónicas. Se trata de otra cosa y nosotros hablamos de y desde otro lugar. Progresivamente, he podido conseguir que me sean planteadas cuestiones más precisas y específicas en relación con cada caso que era susceptible de dirigirse al psicoanalista, o al psi... no se sabe bien qué.

Además, me han llegado peticiones de otro registro y creo que he podido establecer, con mis amigos Royer y Klotz, una colaboración que apunta más lejos.

No es por casualidad que estas peticiones hayan venido de un servicio de nefrología, donde el médico está confrontado con problemas de vida y muerte, con el deseo de vivir y el deseo de morir, que conciernen a los psicoanalistas en primer término. No es tampoco por casualidad que se haya establecido una colaboración con Klotz, ya que también los trastornos endocrinos son muy a menudo trastornos funcionales cuya causa no es siempre una lesión orgánica, sino que plantean frecuentemente problemas de otro orden.

¿Cuál va a ser entonces el lugar del psicoanálisis en la medicina? Es concretamente lo que vamos a tratar de discutir hoy. Les propongo en primer lugar pedir a los Sres. Royer y Klotz cuáles son, en el plano teórico, los problemas, las cuestiones que desean plantear a los analistas y sobre qué criterios se basarían eventualmente para dar un lugar al psicoanálisis en la medicina. Después pasaremos al campo de aplicaciones prácticas y veremos cómo, en la vida cotidiana, los psicoanalistas se insertan entre los equipos de médicos. Pediré a la Sra. Raimbault que comparta con nosotros la manera en que ella ha sido integrada en el equipo del Sr. Royer y al Sr. Lacan, que nos hace el honor de estar aquí hoy, de qué manera él piensa que se puede responder a estas cuestiones.

Doy pues, en primer lugar, la palabra al Sr. Klotz, por lo que se refiere a los problemas teóricos.

Sr. KLOTZ – No pasa todos los días que uno tenga la oportunidad y la fortuna de poder interrogar a analistas de la categoría de los que están en esta mesa. Voy, pues, a entrar enseguida en lo candente del tema y plantear a mi colega Lacan algunas cuestiones preliminares.

Mi primera pregunta es la siguiente:

¿No cree que los médicos verían con mejores ojos el recurso al psicoanálisis, si la práctica de este fuera democratizada? Sé perfectamente que las consultas de especialistas son todas muy caras, pero cada especialista acepta dispensar su ciencia o su talento en consultas hospitalarias. Por el contrario el carácter oneroso de las consultas es considerado por la mayor parte de los analistas como una de las condiciones necesarias del éxito de la cura psicoanalítica. Hacen de esto una cuestión de principio. A priori se está siempre tentado a dudar del valor de un principio demasiado cómodo o demasiado ventajoso. Al respecto, por otra parte, es interesante citar este texto profético de Freud, que escribe:

«las enfermedades neuróticas no deben ser abandonadas a los esfuerzos impotentes de caridades particulares, se construirán establecimientos, clínicas, que tengan como jefes a médicos psicoanalistas cualificados donde se esforzarán con la ayuda del análisis, en conservar su resistencia y su actividad a hombres, que sin esto se abandonarían a la bebida, a mujeres que sucumbirían bajo el peso de las frustraciones, a niños que no tendrían elección más que entre la depravación y la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Quizás se necesitará mucho tiempo antes de que el Estado reconozca la urgencia de estas obligaciones, las condiciones actuales pueden retardar estas innovaciones y es probable que los primeros institutos de este género serán debidos a la iniciativa privada, pero de todos modos será necesario que un día u otro su necesidad sea reconocida».

Mi segunda pregunta es la siguiente:

¿No cree que, para acercar la enseñanza del psicoanálisis a la enseñanza de la medicina y por consiguiente para acercar estas dos disciplinas, conviene democratizar la enseñanza del psicoanálisis? Actualmente un psicoanálisis didáctico cuesta a un alumno alrededor de 100.000 francos antiguos al mes y esto durante un tiempo variable que va de 2 a 4 años como media. Independientemente del hecho de que esta forma de enseñanza es fundamentalmente antidemocrática, veo ahí otro escollo. Un ser humano que se habrá impuesto semejante sacrificio financiero que deberá a veces dedicarse a una segunda ocupación subalterna para cumplir sus obligaciones hacia su analista no

puede verse condicionado por estas circunstancias hasta en su ética misma, y en la posición personal que tendrá hacia este instrumento de conocimiento y de tratamiento que le ha resultado tan caro.

¿Esta enseñanza tan poco democrática es, por otra parte, una enseñanza? Los lazos que se establecen entre el candidato psicoanalista y su psicoanalista educador, al que ve 3 o 4 veces por semana, en la posición del diván, no son tanto los que unen un discípulo y un maestro, sino más bien los lazos esotéricos y rituales que unen un neófito y un iniciado. No se trata de una enseñanza sino de una ordenación, y durante mucho tiempo el iniciador ejercerá sobre su iniciado una ascendencia psicológica muy particular. ¿No cree usted que es necesario buscar y encontrar las bases de una enseñanza de otro tipo para el psicoanálisis, una enseñanza verdaderamente científica del psicoanálisis?

Voy ahora a datos más fundamentales.

Todo empresa o proyecto humano corre el riesgo de petrificarse, sobre todo cuando se confunden sus medios con su finalidad. ¿No cree usted que existe al respecto un peligro indudable para el psicoanálisis? Ciertamente la aportación del psicoanálisis freudiano parece capital para la comprensión del desarrollo de la personalidad, desde el nacimiento a la edad adulta, y, aunque no lo he estudiado a fondo, no veo ninguna razón para poner en duda el carácter científico de los estadios orales, anales, pregenitales, genitales de la semántica [semiología?] psicoanalítica. Pero al margen de estos datos están todos los de la biología, la sociología, todas las influencias de las condiciones culturales y de trabajo que no carecen ciertamente de repercusiones sobre el equilibrio psíquico de los individuos. ¿No cree que cerrándose a todos estos factores [biológicos, sociológicos, culturales, laborales, de condiciones reales de vida, etc.], a todas estas influencias, y limitándose deliberadamente al esquema estrecho de la dinámica psicoanalítica tal como se practica habitualmente, es decir a los conflictos y a los complejos clásicos, muchos psicoanalistas llamados ortodoxos desarrollan en sí mismos una indolencia rutinaria, una cierta pereza y falta de imaginación, que frena toda originalidad y todo impulso creativo? Esta monotonía de respuestas y de conceptos psicoanalíticos decepciona y desanima a cierto número de internistas deseosos por otra parte de confiar su enfermo a un analista [de otro tipo], y me siento tanto más cómodo al plantearle las cuestiones de esta manera al Doctor Lacan en la medida en que precisamente él pertenece, por el contrario, a esa categoría de los innovadores que han denunciado esta situación del psicoanálisis y de los psicoanalistas.

Última cuestión: si el psicoanálisis como instrumento de conocimiento merece toda nuestra atención, es de hecho más específicamente al psicoanálisis en tanto instrumento terapéutico que quieren dirigirse los médicos.

Ahora bien, desde este punto de vista, desde el punto de vista de la terapéutica, los médicos se preguntan si es verdaderamente un enriquecimiento para un "psicoterapeuta de inspiración analítica" no saber nada o, incluso, no querer saber nada de otras armas, de las armas de la psiquiatría y de otras psicoterapias. Existe realmente un interés en limitar la actividad del analista a su método y a su técnica pura y ¿Acaso esto no le convierte, en ciertos aspectos, a él también, en un psiquiatra amputado?

En resumen, si los médicos todavía dudan en recurrir más a menudo al análisis psicológico de las causas de las enfermedades internas, es quizás porque, por algunas de las razones expuestas hasta aquí, el psicoanálisis les parece que no ha salido de la fase mágica o mítica de su desarrollo histórico; y es necesario ayudarlo a encaminarse hacia su fase científica. ¿Acaso no es necesario para hacer eso efectivamente, favorecer la integración de los datos psicoanalíticos; evaluable en el marco de un método de análisis psíquico que fuera verdaderamente global, abierto, multifactorial y auténticamente científico?

Sra. AUBRY - Creo que por lo que concierne a los problemas terapéuticos que suscita y que son susceptibles de la aplicación del análisis, responderemos más bien en un segundo momento. ¿El Sr. Royer quiere tomar la palabra?

Sr. ROYER – Si Klotz declara que él no es psicoanalista, es cierto que mi presencia aquí es aún más paradójica. En efecto, algunos entre ustedes no ignoran que soy un pediatra, orientado hacia los problemas de biología y de bioquímica. Me siento sin embargo contento de poder estar aquí hoy, en primer lugar porque he encontrado mucho apoyo junto a las Sras. Aubry y Raimbault, y también porque la cuestión que voy a plantear me parece haber recibido ya, más o menos, su respuesta en el trabajo de nuestro grupo.

El problema que se nos planteaba era el siguiente:

Nosotros tenemos un servicio de nefrología infantil que incluye, sobre todo, enfermos crónicos, unos con afecciones que tienen a largo plazo, una salida favorable, otros probablemente desfavorable, otros finalmente ciertamente desfavorable. Los niños acuden a este servicio varias veces al año durante años, para hospitalizaciones cortas.

Pertenecen a la vida de nuestro grupo, son un poco nuestros niños, los de los médicos, de las enfermeras y de todo el personal. Conocemos muy bien a su familia y creo que ahora ocupamos íntegramente el rol que era, en otro tiempo, atribuido al médico de familia. Se ha creado, de esta manera, entre nuestros enfermos, nuestros médicos, nuestras enfermeras, relaciones de un tipo que juzgo nuevo para el hospital respecto a lo que he conocido hace 10 o 15 años. Esto no es más que un ejemplo y estoy seguro que algunos de mis colegas tienen, en otros dominios, los mismos problemas.

Hemos necesitado muy poco tiempo para darnos cuenta de que éramos torpes en el manejo de las relaciones humanas y que sembrábamos así a nuestro alrededor mucho malestar [innecesario]. Por eso buscaba desde hacía tiempo a alguien que dispusiera de conocimientos y técnicas psicológicas adaptadas a mi demanda. Y, al respecto, no tenía a priori ninguna preferencia por el psicoanálisis sobre otras técnicas, siendo como era muy ignorante de estos métodos, y buscaba así simplemente alguien que quisiera hacer un seguimiento simultáneo de este orden de mis enfermos. No le pedía ningún esfuerzo terapéutico, sino una investigación y que informara de ese trabajo.

Quería, en primer lugar, saber cómo se construía y se transformaba la imagen de la enfermedad y del enfermo en el espíritu de las madres y de los padres de familia y en el de mis propios jóvenes enfermos, en el transcurso de una afección crónica con evolución casi ciertamente o ciertamente mortal. Mi primera idea era, en efecto, que nuestras reacciones, nuestras conversaciones con los enfermos estuvieran enteramente construidas sobre nuestra propia personalidad y nuestra propia concepción nosológica de la enfermedad, y en absoluto en función de la imagen que niños y familias pudieran tener de esta enfermedad. De ahí este tema, que exploramos mucho con la Sra. Raimbault, de la oposición de una enfermedad "exógena", tal como la concibe el médico, y de una enfermedad "endógena" tal como pueden elaborarla el niño y su madre. Es evidente que no es la misma cosa para los dos y yo quería un estudio objetivo de esa enfermedad "endógena".

En segundo lugar, deseaba que a partir de los documentos que nos pudiera proporcionar un psiquiatra a este respecto, pudiéramos cambiar la naturaleza de las relaciones, de las conversaciones y de la dirección que damos durante años en nuestras relaciones con las familias y los niños enfermos y ver si, poco a poco, podíamos elaborar una doctrina o habilidades completamente diferentes de las que teníamos hasta ese momento.

Finalmente, quería igualmente que el psiquiatra analizara cuidadosamente la repercusión que estas enfermedades crónicas, concerniente a niños a los cuales nos

ligaba al cabo de algunos años, un apego natural, podía tener –sobre todo en el momento del desenlace fatal– sobre los médicos de mi grupo y las enfermeras.

Tenía pues, una serie de cuestiones acerca de las cuales pedía un estudio psicológico que ninguno de entre nosotros estaba en condiciones de llevar adecuadamente a cabo.

La primera de estas cuestiones, que replanteo hoy, es la siguiente: ¿Consideran ustedes, Sra. Aubry y Sr. Lacan, que las técnicas psicoanalíticas pueden adaptarse a un estudio de este género? Creo personalmente que los progresos que hemos hecho en 18 meses en este dominio son muy estimulantes y que su respuesta será probablemente positiva. De todas formas me gustaría saber si ustedes piensan que esta técnicas están total o parcialmente adaptadas al resultado final, que pretende tener una concepción clara de todos estos problemas.

La segunda cuestión confluye con una de las planteadas por Klotz. La Sra. Raimbault está vinculada al INSERM. Practica pues estas técnica psicoanalíticas de una manera desinteresada, en una suerte de “funcionariado”, es decir de manera completamente diferente de la expuesto hace un momento por Klotz. ¿En qué medida se pueden integrar psicoanalistas a grupos o a unidades de investigación para trabajos de este género que, si se muestran fructíferos, deberían a mi entender extenderse a otros dominios de la medicina? Es una cuestión precisa que les planteo, pues inútil es decir que mi idea de hacer entrar a un psicoanalista en un grupo de biología clínica no ha encontrado un entusiasmo extraordinario por parte de la administración del INSERM.

Este ejemplo plantea una nueva cuestión, que es la del psicoanalista de investigación y, sobre este punto, también me gustaría conocer y tener su opinión.

Sra. AUBRY - Antes de continuar el debate sobre el lugar del psicoanálisis en la medicina y las aplicaciones prácticas que la experiencia de la Sra. Raimbault pondrá en evidencia, tengo que decir algunas palabras sobre los problemas de formación de los analistas y del modo de enseñanza del psicoanálisis, aunque esto no concierne del todo al tema que nos preocupa hoy.

La respuesta de Royer es al mismo tiempo una respuesta al Sr. Klotz; encontraremos posibilidades no dispendiosas de ejercicio del psicoanálisis en la medida en que se haga un lugar al psicoanálisis. Existen en los “Enfants Malades” alrededor de 25 psicoanalistas que trabajan de forma temporal porque yo les he dado la posibilidad de hacerlo y los locales de mi consulta están ocupados a tiempo completo, aunque en mi servicio se diga “a tiempo parcial”. Seiscientos niños aproximadamente pasan por allí

cada mes. En el marco hospitalario un gran número de establecimientos permite, al menos en lo que concierne a los niños, hacer tales tratamientos; existen ahora institutos medico-pedagógicos en que el psicoanálisis ha encontrado su lugar, consultas, hospitales de día: la mutua de los estudiantes y la M.G.E.N. han hecho considerables esfuerzos, así como los hospitales psiquiátricos. Me parece que esto no es un problema más que en la medida en que no se da su lugar al psicoanálisis.

En lo que concierne al modo de enseñanza, creo que no hemos rechazado nunca por motivos económicos formar a un sujeto válido. Por otra parte, no creo que se pueda pretender que es fácil hacer estudios sean cuales fueren si no se tiene dinero, esto sería una broma pesada y sabemos todos que los hijos de obreros son muy poco numerosos en las Facultades y en la enseñanza superior. Por consiguiente esto es un problema que desborda ampliamente el del psicoanálisis y, en el caso particular, creo que eso no entra en consideración.

Sr. Lacan, usted que es el promotor de un movimiento importante dentro del psicoanálisis ¿piensa usted que el psicoanálisis está encallado?

INTERVENCIÓN DE J. LACAN: *El lugar del psicoanálisis en la medicina*

Intervención de J. Lacan en la mesa redonda del mismo título, realizada en el Colegio de Medicina, el 16 de febrero de 1966, en la Salpêtrière, entre médicos y psicoanalistas bajo la presidencia de Jenny Aubry.

*Lacan ha querido que figure aquí el texto del discurso que improvisó, de tal manera que sólo agregó al registro de la grabación el añadido que se encontrará cuando se refiere al sujeto del goce a la *αναγκη* del mito célebre o Banquete: referencia que hay que entender, hay que decirlo, como una crítica al poco lugar que ocupa en la actualidad en las preocupaciones del médico.*

Me permitirán atenerme, en relación con algunas de las cuestiones que acaban de ser planteadas, a las respuestas de la Sra. Aubry, que me parecen suficientemente pertinentes. No veo que *democratizar* la enseñanza del psicoanálisis plantee otro

problema más que el de la definición de nuestra democracia. ¿Qué democracia? Ella es una, pero existen varias especies concebibles y el porvenir nos lleva hacia otra.

Lo que creía tener que aportar a una reunión como ésta, caracterizada por quien la convoca, es decir el Colegio de Médicos, era muy precisamente el abordar un tema que nunca he tenido que tratar en mi enseñanza, el del lugar del psicoanálisis en la medicina [también podríamos plantear el del lugar de la medicina en el psicoanálisis, la relación de éste con la medicina].

Actualmente este lugar es *marginal* y, como lo he escrito en varias ocasiones, *extraterritorial*. Es *marginal* por el hecho de que la posición de la medicina frente al psicoanálisis, al que admite como una suerte de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y a la de, digamos, los diferentes otros asistentes terapéuticos. Es *extraterritorial* por el hecho de que los psicoanalistas, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extraterritorialidad. Esas razones no son las mías, pero en verdad, no pienso que mi solo voto al respecto sea suficiente para cambiar las cosas [en el sentido que me parece conviene al psicoanálisis. Encontrarán su lugar a su debido tiempo, es decir muy rápido, si consideramos la suerte de aceleración que vivimos en cuanto a la parte que le toca a la ciencia en la vida común.

Quisiera hoy considerar ese lugar del psicoanálisis en la medicina *desde el punto de vista del médico* y del rapidísimo cambio que se está produciendo en lo que llamaría la *función del médico*, y en su personaje, ya que éste es también un elemento importante de su función.

Durante todo el periodo de la Historia que conocemos y podemos calificar como tal, esta función, este personaje del médico, han permanecido con gran constancia hasta una época reciente.

Debe señalarse, empero, que la práctica de la medicina nunca dejó de tener un importante acompañamiento doctrinario. El hecho de que durante un tiempo bastante corto, en el siglo XIX, las doctrinas invocasen a la ciencia, no por ello las volvió más científicas. Quiero decir que las doctrinas científicas invocadas en la medicina eran siempre, hasta una época reciente, recogidas de alguna adquisición científica, pero con un retraso al menos de veinte años. Esto muestra claramente que este recurso sólo funcionó como sustituto y para enmascarar lo que anteriormente hay que ubicar más bien como una especie de filosofía.

Al considerar la historia de la medicina a través de las épocas, el gran médico, el médico tipo, era un hombre de prestigio, y de autoridad. Lo que ocurre entre el médico y el enfermo, fácilmente ilustrado ahora por observaciones como las de

BALINT de que el médico al recetar se receta a sí mismo, siempre sucedió: así el emperador Marco Aurelio convocaba a Galeno para que le administrase con sus propias manos la teriaca. Fue, por otra parte, Galeno quien escribió el Tratado *Οτι αριστοζ και φιλοσοφοζ* que el médico, en su mejor forma, es también un filósofo, no limitándose esta palabra al sentido históricamente tardío de la filosofía de la naturaleza.

Pero den a esa palabra el sentido que quieran, la pregunta que se trata de situar se esclarecerá a partir de otros puntos de referencia. Pienso que aquí, aunque se trata de una asistencia en su mayoría médica, no se me pide que indique lo que Michel Foucault nos aporta en su gran obra con un método histórico-crítico para situar la responsabilidad de la medicina en la gran crisis ética (es decir, correspondiente a la definición del hombre) que él centra en torno al aislamiento de la locura¹; tampoco se espera que introduzca esa otra obra: *Nacimiento de la clínica* en tanto que en ella se fija lo que entraña la promoción por parte de Bichat de una mirada que se fija en el campo del cuerpo en ese corto tiempo donde subsiste como entregado a la muerte, es decir, el cadáver.

En todo caso están marcados así los dos franqueamientos, por los que la medicina consume por su parte el cierre de las puertas de un antiguo Jano, el que redoblaba irremediabilmente todo gesto humano con un rostro sagrado. La medicina es una correlación de este franqueamiento.

El pasaje de la medicina al plano de la ciencia, e incluso el hecho de que la exigencia de la condición experimental haya sido inducida en la medicina por Claude Bernard y sus consortes, no es algo que cuente por sí solo, el equilibrio está en otro lado.

La medicina entró en su fase científica en la medida en que surgió un mundo que, en lo sucesivo, exige los condicionamientos necesarios en la vida de todos en la medida en que la ciencia forma parte de ella, en que se halla presente en la vida de todos en sus efectos.

Las funciones del organismo humano siempre fueron objeto de una puesta a prueba según el contexto social. Pero de ser tomadas en función servil en las organizaciones altamente diferenciadas, que no habrían nacido sin la ciencia, se ofrecen al médico en el laboratorio ya constituido de alguna manera, incluso ya proporcionado, créditos sin límite que empleará para reducir esas funciones a montajes equivalentes a aquellos de esas otras organizaciones, es decir, que tengan estatuto de subsistencia científica.

Citemos simplemente aquí, para aclarar lo que queremos decir, lo que debe nuestro progreso en la formalización funcional del aparato cardiovascular y del aparato

¹ Lacan se refiere a la obra de Foucault: *Historia de la locura en la época clásica*.

respiratorio, no sólo a la necesidad de operarlo, sino al aparato mismo de su inscripción en tanto que imponen, a partir del alojamiento de los sujetos de esas reacciones en "satélites": o sea lo que se pueden considerar formidables pulmones de acero, cuya construcción misma está vinculada con su destino de soportes de determinadas órbitas, órbitas que sería hartó equivocado llamar cósmicas, pues a esas órbitas, el cosmos no las "conocía". En suma, en un único movimiento se revela la sorprendente tolerancia del hombre a condiciones acósmicas, incluso la paradoja que lo hace aparecer allí de algún modo "adaptado", es así como se muestra que este acosmismo es lo que la ciencia construye.

¿Quién podía imaginar que el hombre soportaría muy bien la ingravidez, quién podía predecir lo que advendría del hombre en esas condiciones si nos hubiésemos atendido a las metáforas filosóficas, por ejemplo a esa de Simone Weil, que hacía de la gravedad una de las dimensiones de dicha metáfora?

En la medida en que las exigencias sociales están condicionadas por la aparición de un hombre al servicio de las condiciones de un mundo científico que, provisto de nuevos poderes de investigación y de búsqueda, el médico se encuentra confrontado con problemas nuevos. Quiero decir que el médico ya no tiene nada de privilegiado en el orden de ese equipo de científicos diversamente especializados en las diferentes ramas científicas. Desde el exterior de su función, principalmente en la organización industrial, le son proporcionados los medios y al mismo tiempo las preguntas para introducir las medidas de control cuantitativo, los gráficos, las escalas, los datos estadísticos a través de los cuales se establecen, hasta la escala microscópica, las constantes biológicas y se instaura en su dominio ese despegue de la evidencia del éxito que es la condición del advenimiento de los hechos.

La colaboración médica será considerada bienvenida para programar las operaciones necesarias para mantener el funcionamiento de tal o cual aparato del organismo humano en condiciones determinadas, pero después de todo ¿qué tiene que ver todo esto con lo que llamaremos la posición tradicional del médico?

El médico es requerido en la función de científico fisiólogo, pero sufre también otras llamadas: el mundo científico vierte entre sus manos el número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que pone a disposición del público, y le pide al médico, cual si fuera un agente distribuidor, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y en que debe responder a algo que se llama la demanda?

Diría que es en la medida de este deslizamiento, de esta evolución que cambia la posición del médico respecto a aquellos que se dirigen a él, como llega a individualizarse, a especificarse, a valorizarse retroactivamente, lo que hay de original en esa demanda al médico. Este desarrollo científico inaugura y pone cada vez más en primer plano ese nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y que se motiva ya en una organización mundial de la salud. En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa suerte de poder generalizado que es el poder de la ciencia brinda a todos la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que yo llamo la *demanda*. *Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica.*

Responder que el enfermo viene a pedirnos la curación no es responder nada en absoluto, pues cada vez la tarea precisa, que debe cumplirse con urgencia, no responde pura y simplemente a una posibilidad que se encuentra al alcance de la mano, supongamos: un equipo quirúrgico o la administración de antibióticos -e incluso en estos casos todavía debe saberse cual es su consecuencia para el porvenir-, existe fuera del campo de lo que se modificó por el beneficio terapéutico algo que permanece constante y todo médico sabe bien de qué se trata.

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Pone al médico a prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté completamente aferrado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad. [En definitiva, el médico se interesa por la demanda del enfermo o se limita a responder a sus prejuicios en relación con las especies mórbidas sin consideración por el sujeto de la enfermedad. Lacan subraya este último aspecto en la tarea médica; es en él que el analista viene a ocupar el lugar dejado vacante por la medicina "científica"] ¿Necesito acaso evocar mi experiencia más reciente? Un formidable estado de depresión ansiosa permanente, que dura desde hace ya más de veinte años, el enfermo venía a buscarme aterrorizado ante la idea de que yo le hiciera lo más mínimo. A la sola proposición de que volviera a verme cuarenta y ocho horas

más tarde, ya, la madre temible, que durante ese tiempo había acampado en mi sala de espera, había ya logrado tomar disposiciones para que nada de esto ocurriese.

Esta es una experiencia banal, y sólo la evoco para recordarles *la significación de la demanda, dimensión donde se ejerce propiamente hablando la función médica*, y para introducir lo que parece fácil captar, y sin embargo *no ha sido seriamente interrogado más que en mi escuela, a saber, la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo*.

Desde que se hace esta observación, puede percibirse que no es necesario ser psicoanalista, ni siquiera médico, para saber que cuando cualquiera, nuestro mejor amigo, sea de sexo masculino o femenino nos pide algo, no es del todo idéntico e incluso a veces es diametralmente opuesto, a aquello que desea.

[Primera cuestión pues: importancia de considerar la dimensión de la demanda y su diferencia en relación con el deseo]

Quisiera retomar aquí las cosas en otro punto, y hacer notar que si es concebible que llegemos a una extensión cada vez más eficaz de nuestros procedimientos de intervención en lo concerniente al cuerpo humano, en base a los progresos científicos, el problema no podría resolverse al nivel de la psicología del médico, con una pregunta que refrescaría el término de psicósomático. Permítanme etiquetar más bien como *falla epistemo-somática*, el efecto que tendrá el progreso de la ciencia en la relación de la medicina con el cuerpo.

Nuevamente aquí, para la medicina la situación es subvertida desde afuera. Por eso, nuevamente aquí lo que antes de ciertas rupturas, permanecía confuso, velado, mezclado, embarullado, aparece con tal brillo.

Pues lo que está excluido de la relación epistemo-somática, es justamente lo que propondrá a la medicina el cuerpo en su registro purificado; lo que se presenta de este modo se presenta como pobre en la fiesta donde el cuerpo brillaba hace un momento con la posibilidad de ser enteramente fotografiado, radiografiado, calibrado, diagramado y posible de condicionar, dados los recursos verdaderamente extraordinarios que guarda, pero quizás también ese pobre le trae una oportunidad que le llega desde lejos, a saber del exilio al que proscribió al cuerpo la dicotomía cartesiana del pensamiento y de la extensión, la cual deja caer [elimina] completamente de su aprehensión todo lo concerniente no al cuerpo que imagina, sino al cuerpo verdadero en su naturaleza.

Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce

está completamente excluida precisamente de eso que he llamado la relación epistemológica. Pues si bien la ciencia no es incapaz de saber lo que puede hacer, es, por su parte, al igual que el sujeto que engendra [sujeto de la ciencia], incapaz de saber lo que quiere [deseo del científico]. Al menos lo que quiere surge de un avance cuya marcha acelerada, en nuestros días, nos permite palpar que supera sus propias previsiones.

¿Podemos nosotros prejuizar con ello, por ejemplo, el hecho de que nuestro espacio, ya sea planetario o transplanetario, pulula con algo que hay que llamar claramente voces humanas que animan el código que ellas encuentran en ondas cuyo entrecruzamiento nos sugiere una imagen totalmente diferente del espacio que aquella en la cual los torbellinos cartesianos establecían su orden? Por qué no hablar también de la mirada que ahora es omnipresente, bajo la forma de aparatos que ven por nosotros en los mismos lugares: o sea algo que no es un ojo y que aísla la mirada como presente. Todo esto podemos ponerlo en el activo de la ciencia, pero nos hace alcanzar lo que en esto nos concierne, no diré como ser humano, pues en verdad sólo Dios sabe lo que se agita detrás de este fantoche que se llama el hombre, el ser humano o la dignidad humana o cualquiera que sea la denominación bajo la cual cada uno de nosotros coloca lo que escucha de sus propias ideologías, más o menos revolucionarias o reaccionarias...

¿Preguntaremos más bien en que concierne esto a lo que existe, a saber, nuestros cuerpos? Voces, miradas que se pasean, se trata verdaderamente de algo que sale de los cuerpos, pero son curiosas prolongaciones que, en un primer aspecto incluso en un segundo o en un tercero, sólo tienen poca relación con lo que yo llamo la dimensión del goce. Es importante situarla como polo opuesto, pues ahí también la ciencia está produciendo ciertos efectos que no dejan de implicar ciertas apuestas. Materialicémoslos bajo la forma de los diversos productos que van desde los tranquilizantes hasta los alucinógenos. Esto complica singularmente el problema de lo que hasta ahora se ha calificado, de modo puramente policial, como toxicomanía. Por poco que un día estuviésemos en posesión de un producto que nos permita recoger informaciones sobre el mundo exterior, no veo cómo una contención policial podría ejercerse.

Pero, cuál será la posición del médico para definir estos efectos a propósito de los cuales hasta aquí el médico ha mostrado una audacia alimentada sobre todo de pretextos pues, desde el punto de vista del goce, qué es lo que un uso ordenado de lo que se llama, más o menos propiamente, tóxicos, puede tener de reprehensible, salvo si el médico entra francamente en lo que es la segunda dimensión característica de su presencia en el mundo, a saber, *la dimensión ética*. Estas observaciones que pueden

parecer banales, tienen de todos modos el interés de demostrar que la dimensión ética es aquella que se extiende en la dirección del goce.

Tenemos pues dos puntos de referencia: en primer lugar, la demanda del enfermo; segundo, el goce del cuerpo. Ambos confinan, en cierto modo, en esa dimensión ética, pero no los confundamos demasiado rápido, pues aquí interviene lo que llamaré simplemente la teoría psicoanalítica, que llega a tiempo y no ciertamente por casualidad, en el momento de la entrada en juego de la ciencia, con ese ligero avance que es siempre característico de las invenciones de Freud. Así como Freud inventó la teoría del fascismo antes que éste apareciese, del mismo modo treinta años antes, inventó lo que debía responder a la subversión de la posición del médico por el ascenso de la ciencia: a saber, el psicoanálisis como praxis.

Acabo de indicar suficientemente la diferencia que hay entre la demanda y el deseo. Sólo la teoría lingüística puede dar cuenta de una tal apercepción, y ella puede hacerlo tanto más fácilmente en tanto es Freud quien del modo más vivaz y más inatacable, mostró precisamente su distorsión [distancia] a nivel del inconsciente. Porque es en la medida en que está estructurado como un lenguaje que es el inconsciente descubierto por Freud.

Leí con asombro en un escrito muy bien apadrinado que el inconsciente era monótono. No invocaré aquí mi experiencia, ruego que abran las tres primeras obras de Freud, las más fundamentales, y vean si es la monotonía lo que caracteriza la significancia de los sueños, los actos fallidos y los lapsus. Muy por el contrario, el inconsciente me parece no sólo extremadamente particularizado, más incluso que variado, de un sujeto a otro, sino incluso muy sagaz [listo, ladino] (*très futé*) y espiritual, porque es justamente a partir de él que la agudeza [el chiste] adquiere sus dimensiones y su estructura. No hay inconsciente porque hubiese un deseo inconsciente, obtuso, pesado, cual Calibán, incluso animal, deseo inconsciente surgido de las profundidades, que sería primitivo y debería elevarse [educarse] (*s'élever*) al nivel superior de lo consciente. Muy por el contrario, hay un deseo porque hay inconsciente, es decir lenguaje que escapa al sujeto en su estructura y sus efectos, y hay siempre al nivel del lenguaje algo que está más allá de la consciencia, y es allí donde puede situarse la función del deseo.

Por eso es necesario hacer intervenir ese lugar que he llamado el lugar del Otro, en todo lo concerniente al sujeto. Es en sustancia el campo donde se localizan esos excesos de lenguaje cuya marca que escapa a su propio dominio lleva el sujeto. Es en ese campo donde se hace la junción [articulación] con lo que llamé el polo del goce.

Pues se valoriza en él lo que introdujo Freud a propósito del principio del placer y que no había nunca sido advertido, a saber, que el placer es una barrera al goce, en lo

cual Freud retoma las condiciones de las cuales viejísimas escuelas de pensamiento habían hecho su ley.

¿Qué se nos dice del placer? Que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, la tempera al máximo, por lo tanto aquello que nos detiene necesariamente en un punto de alejamiento, de distancia muy respetuosa del goce. Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada.

¿Qué es el deseo? El deseo es de algún modo el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce, en la medida en que en cierto modo permite llevar más lejos el nivel de la barrera del placer. Pero éste es un punto fantasmático, quiero decir donde interviene el registro imaginario, que hace que el deseo esté suspendido a algo cuya naturaleza no exige verdaderamente la realización.

¿Por qué llego a hablar aquí de aquello que de todos modos no es más que una muestra minúscula de la dimensión que desarrollo desde hace quince años en mi seminario? Es para evocar la idea de una **topología del sujeto**. Es en relación a su superficie, a sus límites fundamentales, a sus relaciones recíprocas, al modo en que ellas se entrecruzan y se anudan que pueden plantearse problemas, que ya no son más puros y simples problemas de interpsicología, sino más bien los problemas de una estructura que concierne al sujeto en su doble relación con el saber.

El saber sigue estando para él marcado con un valor nodal, debido a algo cuyo carácter central se olvida en el pensamiento, y que es que el deseo sexual tal como lo entiende el psicoanálisis no es la imagen que debemos hacernos de acuerdo con un mito de la tendencia orgánica: es algo infinitamente más elevado y anudado en primer término precisamente con el lenguaje, en tanto que es el lenguaje el que le da primero su lugar, y que su primera aparición en el desarrollo del individuo se manifiesta a nivel del deseo de saber. Si no se ve que éste es el punto central donde arraiga la teoría de la libido de Freud, simplemente se pierde pie (*on perde la corde*). Perder pie es querer engancharse a los marcos preformados [cuadros preestablecidos] de una pretendida psicología general, elaborada en el correr de los siglos para responder a necesidades extremadamente diversas, pero que constituye el desecho del despliegue de las teorías filosóficas. Es perder el pie así también no ver qué tipo de nueva perspectiva, qué

cambio total de punto de vista, es introducido por la teoría de Freud, pues se pierde entonces a la vez su *práctica* y su fecundidad.

Alguno de mis alumnos, exterior al campo del análisis, me ha preguntado a menudo. ¿cree usted que es suficiente con explicar esto a los filósofos, que le baste con poner en una pizarra el esquema de su grafo para que reaccionen y comprendan?

No me hacía al respecto, por supuesto, la más mínima ilusión y tenía demasiadas pruebas de lo contrario. Pese a ello las ideas se pasean, y en la posición en que estamos en relación con la difusión del lenguaje y al mínimo de impresos necesarios para que algo dure, esto es suficiente. Basta con que esto haya sido dicho en alguna parte y que un oído entre doscientos lo haya escuchado para que en un porvenir no muy lejano sus efectos estén asegurados.

Lo que indico al hablar de la posición que puede ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única desde donde el médico puede mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquel que tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo se pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda. Si el inconsciente es lo que es, no una cosa monótona sino, en cambio, una cerradura lo más precisa posible, cuyo manejo no es otro que abrirla de forma inversa [al revés] con una clave [llave] (*clé*), lo que está más allá de una cifra, esta abertura sólo puede servir al sujeto en su demanda de saber. Lo inesperado, es que el sujeto confiese él mismo su verdad y que la confiese sin saberlo.

El ejercicio y la formación del pensamiento son los preliminares necesarios para una operación tal: es necesario que el médico se haya entrenado en plantear los problemas a nivel de una serie de temas cuyas conexiones, cuyos nudos, debe conocer, y que no son los temas corrientes de la filosofía y de la psicología. Los temas corrientes en cierta práctica investigadora que se llama *psicotécnica*, donde las respuestas están determinadas en función de ciertas preguntas, ellas mismas registradas en un plano utilitario, tienen su precio y su valor en límites definidos que nada tienen que ver con el fondo de aquello que está en juego en la demanda del enfermo.

Al final de esta demanda, la función de la relación con el sujeto supuesto saber (*sujet supposé savoir*), revela lo que llamamos la "transferencia". En la medida en que más que nunca la ciencia tiene la palabra, más que nunca se sostiene ese mito del sujeto supuesto saber, y esto es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia en tanto que remite a lo más arraigado del deseo de saber.

En la época científica, el médico se encuentra en una doble posición: por un lado, tiene que vérselas con una investidura energética cuyo poder no sospecha si no se le explica; por otra parte, debe poner esa investidura entre paréntesis, en razón misma de los poderes de los que dispone, de los que debe distribuir, desde el plano científico en que está situado. Quiéralo o no, el médico está integrado a ese movimiento mundial de la organización de una sanidad (OMS) que se vuelve pública y, por este hecho, nuevas preguntas le serán planteadas.

En ningún caso podrá motivar el mantenimiento de su función propiamente médica en nombre de un "privado", que sería atinente a lo que se llama el secreto profesional, y no hablemos demasiado del modo en que es observado, quiero decir en la práctica de la vida a la hora en que se toma el coñac. Pero no es éste el resorte del secreto profesional, pues si éste fuese del orden de lo privado, sería del orden de las mismas fluctuaciones que han acompañado socialmente la generalización en el mundo de la práctica del impuesto sobre la renta. Se trata de algo diferente: es propiamente de esa lectura por la cual el médico es capaz de conducir al sujeto a aquello que está en cierto paréntesis, aquello que comienza con el nacimiento, que termina con la muerte y que entraña las preguntas que se despliegan entre uno y otra.

¿En nombre de qué los médicos podrán estatuir acerca del derecho o no al nacimiento? ¿Cómo responderán a las exigencias que muy rápidamente confluirán en exigencias de productividad? Pues si la salud se vuelve pública y objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida es productiva. ¿Qué podrá oponer el médico a los imperativos que lo convertirán en funcionario de esa empresa universal de la productividad? El único terreno es esa relación por la cual él es médico: a saber a partir de la demanda del enfermo. En el interior de esta relación firme donde se producen tantas cosas se halla la revelación de esa dimensión en su valor original, que no tiene nada de idealista sino que es exactamente lo que dije: la relación con el goce del cuerpo.

¿Qué tienen ustedes que decir, médicos, sobre lo más escandaloso de lo que va a seguir? Pues si era excepcional el caso en el que el hombre hasta aquí profería "Si tu ojo te escandaliza arráncatelo", que dirán ustedes del slogan "Si tu ojo se vende bien, dónalo" ¿En nombre de qué tendrán que hablar, sino precisamente de esa dimensión del goce de su cuerpo y de lo que ese goce gobierna de participación en todo lo que él es en el mundo?

Si el médico debe seguir siendo algo, que no podría ser la herencia de su antigua función que era un función sagrada, es para mí, continuar y mantener en su vida propia el descubrimiento de Freud. Siempre me consideré como misionero del médico: la función del médico como la de sacerdote no se limita al tiempo que uno le dedica a ella.

DISCUSIÓN POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN DE LACAN

Sra. AUBRY – Sr. Royer, ¿Tiene usted algo que decir antes de dar paso a la exposición de la Sra. Raimbault?

Sr. ROYER – Les pido disculpas por retomar la palabra después de la “breve” intervención del Sr. Lacan.

Pienso que la exposición que acaba de hacer de lo que ha llamado una “minúscula muestra” de sus obras es bastante chocante para los médicos que están en esta asamblea y que me parece bueno decirlo, pues si he comprendido bien y si no se me ha tendido ninguna trampa, estamos aquí para discutir el lugar del psicoanálisis en la medicina en general, y más particularmente, de las relaciones entre psicoanalistas y generalistas en el seno de un mismo hospital. Al menos así se me había planteado el problema y tengo la impresión de haber caído un poco en una emboscada.

Acabamos de escuchar una exposición que contiene muchas banalidades –es su propio autor quien lo dice– y yo no he sido muy sensible, debo confesarlo, a los argumentos que él ha desarrollado. Estamos aquí, me parece, para cosas más serias.

Sr. Lacan, nosotros hemos tenido, el Sr. Klotz y yo mismo, la honestidad de decir, al principio de esta mesa redonda, que no éramos psicoanalistas y que no deseábamos juzgar al psicoanálisis. Y hubiera sido honesto de su parte, me parece, reconocer que usted no conoce ni a los médicos, ni a la medicina. Usted ha emitido un cierto número de juicios sobre los médicos que son inaceptables, y –me permito decírselo– cuando usted hace de nosotros unos simples “distribuidores de medicamentos” suministrados por las firmas farmacéuticas, eso prueba que usted no está ciertamente al corriente de los innumerables problemas a los cuales estamos confrontados y que intentamos resolver.

Había venido aquí con la esperanza de que pudiéramos encontrar un lenguaje común, ya que usted se interesa en los problemas de la lingüística... Ahora bien, es imposible encontrarlo sobre este terreno y debo confesar que considero esta reunión como un completo fracaso.

Sra AUBRY - No creo que nosotros hayamos considerado nunca al Sr. Royer como un distribuidor de medicamentos y, si intento precisar el pensamiento del Sr. Lacan,, él ha querido decir probablemente que era un peligro que acechaba [amenazaba] al médico.

J. LACAN – No, no es eso lo que yo he dicho: yo he hablado de la demanda del enfermo.

J. AUBRY - Yo creo, Sr. Royer, que la manera en que el psicoanálisis ha sido puesto al servicio de su equipo de investigación aclarará esta discusión y me gustaría que la Sra. Raimbault nos dijera algunas palabras al respecto.

G. RAIMBAULT - Debo decir en primer lugar que mi posición en el servicio del Sr. Royer ha sido facilitada por el hecho de que él no me ha pedido ningún esfuerzo terapéutico, sino simplemente me rogó que me integrara a su equipo de especialistas investigadores como otro especialista investigador. He aquí pues, en la práctica, lo que le he propuesto y lo que hemos hecho juntos desde hace un año y medio.

He adoptado de entrada una posición diferente a la del psicoanalista tal que se la puede caricaturizar como siendo la de aquel que busca una psicogénesis – preferentemente específica- de trastornos orgánicos o funcionales; mi objeto era más bien la relación médico-enfermo-enfermedad. En la práctica, me he situado en una posición complementaria de la de los otros investigadores participando en todas las actividades del servicio, sea esta en sala con las visitas, en el curso de las discusiones científicas y clínicas dirigidas por el Sr. Royer, o en la consulta externa. He escuchado, por otra parte, a padres y niños con “oreja analítica”. Esto quiere decir con una actitud y referencias muy diferentes al interrogatorio médico o médico-psicológico habitual.

En las reuniones semanales del servicio, que agrupan al equipo y a los corresponsales de Paris y de provincias, he expuesto estas entrevistas tan fielmente como era posible. Esto ha revelado en los médicos la importancia del discurso del niño enfermo y de su familia, desvelando una “vivencia” de la enfermedad a la cual sólo correspondía de manera lejana la visión “científica” objetiva, como suele decirse, que tenían ellos mismos de la enfermedad. La diferencia entre lo que hemos llamado con el Sr. Royer la enfermedad endógena (“la enfermedad autógena” de Balint) y la enfermedad vista por el médico, ha aparecido como una de las fuentes de dificultades en la relación “médico-enfermo”: el diagnóstico global que debe integrar y articular los

cuatro polos del problema: "niño-familia-médico-enfermedad" y servir de base a la discusión de la conducción terapéutica.

Hemos seguido pues, en el curso del año, estas discusiones y, con los médicos, nos ha parecido poder despejar algunas nociones en cuanto a la visión endógena de la enfermedad en los padres y en los niños, en los casos de enfermedades crónicas letales.

Así el equipo de especialistas hospitalarios es situado por la familia en la posición de "médico de familia" a quien ella pide una toma a su cargo total. La hospitalización es el momento de una llamada, que ha soportado ya numerosos avatares, aunque sólo fuera en las relaciones anteriores con los otros médicos.

La enfermedad real, por específica que sea, es decir deterioro de un órgano o de una función, vendrá a servir de soporte de toda la fantasmática familiar sobre la muerte y la vida. Responder únicamente al nivel "reparación del órgano o de la función" equivale a no responder más que al nivel del síntoma.

Por otro lado, desde la primera entrevista, los padres informan de sus propias investigaciones en cuanto a la etiología de la enfermedad considerada como un mal [radicalmente, no ven ningún bien en eso]. Remito aquí a los trabajos anteriores de la Sra. Aubry, de la Sra. Barges, de Valabrega. La formulación de los padres va desde "esto no tiene sentido", a "he aquí el sentido que nosotros le damos". Ciertamente, la indagación [el examen] médica sistemática sobre los antecedentes, la falta de información, o la mala información del público en cuanto a los problemas de nefrología, la impotencia de la ciencia médica en ciertos casos, favorecen esta actitud y la elaboración de los fantasmas en cuanto al agente responsable.

La culpabilidad aparece ante todo en estos fantasmas, ya sea que se exprese directamente: infracción a un orden, una ley o una prohibición, o indirectamente por desplazamiento, denegación, proyección. La enfermedad del niño parece pues ser un revelador de la problemática y del drama familiar, que se actualiza en esta enfermedad y se nutre de ella, pero que no está verdaderamente suscitada por ella. Las dificultades encontradas por los médicos vienen, en parte, del hecho de que ellos sólo escuchan la demanda explícita: "sáneme esta crisis", y no la demanda implícita: "he aquí nuestro drama".

En este primer tiempo, hemos pues descubierto la importancia de los discursos del niño enfermo y de su familia. La cuestión que plantean actualmente los médicos del equipo es la siguiente: "¿cómo explotar científicamente el material así descubierto?".

En esta segunda etapa de nuestro trabajo de colaboración, propongo también la utilización del psicoanálisis como ciencia del desciframiento del discurso inconsciente y de sus efectos. Se trata de reconocer [detectar], en el discurso del sujeto, los acontecimientos, las situaciones, las palabras que van a desvelar su temática y la articulación de la enfermedad en esta temática. Tal es nuestra posición actual.

Aunque hemos avanzado poco en esta búsqueda, que no cuenta, ya se lo he dicho, más que 18 meses, hemos sido llevados necesariamente a discutir problemas de práctica médica. Así hemos abordado varias veces un tema candente en el curso de nuestras reuniones semanales: el de la información a dar por el médico a la familia en cuanto a la naturaleza de la enfermedad y a su pronóstico fatal. Dos tipos de actitudes se desprenden: unos prefieren advertir a los padres, otros reservan su pronóstico hasta el final. El carácter apasionado de las controversias que han tenido lugar, el hecho de que los argumentos eran utilizados con toda buena fe para justificar tanto una como otra de estas actitudes, han incitado a algunos a intentar delimitar, más allá de estas racionalizaciones, su verdadera determinación y a reconocer que cada uno utiliza ante este problema específico – es decir la angustia de su propia muerte y la del otro-, sus mecanismos de defensa personales. De hecho, que el médico tenga tal o cual actitud no parece ser el factor primordial para el enfermo y su familia. Más importante parece ser el hecho de que el médico actúa demasiado a menudo de una manera estereotipada, en función de sus prejuicios o presupuestos personales.

Para resumir, digamos que a partir de una demanda de los médicos concerniente a la repercusión de la enfermedad crónica en el niño y las causas de las dificultades de la relación médico-enfermo, el trabajo del equipo se ha orientado hacia la toma en consideración del discurso del niño enfermo y de su familia, el análisis de este material y el uso que de esto puede hacerse con fines terapéuticos.

Si el niño enfermo y su familia son considerados como sujetos a escuchar, este material no podría ser aislado del diálogo en el cual se inserta. Nos veremos pues llevados a estudiar de manera análoga el discurso de los médicos. En efecto, el médico no puede ser considerado como una máquina de diagnosticar, un robot terapéutico: es un sujeto, como todos los sujetos, atrapado en un discurso inconsciente, que determina su respuesta al sujeto enfermo, es decir su conducción o terapéutica.

J. LACAN - No creo que la Sra. Raimbault, aunque en un estilo diferente y que puede ser más complaciente para algunas orejas, haya dicho cosas esencialmente diferentes de las que yo he enunciado antes.

De todas formas yo quería decir una simple palabra al Sr. Royer: habría creído una mejor acogida a mi discurso. Aunque yo haya hecho de la abundancia del arsenal terapéutico el único criterio del pasaje de la medicina a la era científica, lo esencial de mi distinción me parecía, pero sin duda es un error, recubrir la dimensión en la cual, antes de mi discurso, había dicho él mismo inquietarse, a saber lo que ha nombrado en el vocabulario de él, que es de su registro, la enfermedad endógena como opuesta a la enfermedad exógena. Si he entendido bien, la enfermedad exógena, es la que es vista desde el exterior, por el médico, desde este punto de vista que he llamado hace un momento científico. La enfermedad endógena recubre todos estos problemas que indicaba, aquellos de la demanda y del fondo que ella oculta. Para poder resolverlas e intervenir de una forma apropiada, no es suficiente adelantarse en una formación apresurada. Al considerar la difusión actual de la teoría de la relación médico-enfermo, visto de una manera más o menos aproximativa como psicoanalítica y lo que ella permite en ciertos casos de intervenciones intempestivas, en ciertos casos una no-iniciación vale más que una demasiado grande.

Sr. WOLF - Quería preguntar si el Sr. Lacan no ha revelado inconscientemente –pido disculpas- una parte del problema que se les plantea a los médicos que se ven confrontados con psicoanalistas, cosa que no sucede todavía demasiado a menudo en la práctica.

Este problema reside en el hecho de encontrarse de alguna manera desposeído (ya que, como ha dicho el Sr. Royer, queremos considerarnos como médicos completos, y no como distribuidores de píldoras), frustrado por este tipo de relación con el enfermo de la que se tiene la impresión de que el psicoanalista va a sacarlo. Y, en esta medida, esto puede hacer las relaciones tanto más difíciles cuanto que el análisis siendo por definición algo relativamente esotérico (y con esto no quiero decir que de esto sean responsables los analistas), los médicos están tanto más excluidos. Quizás la experiencia de la Sra. Rimbault responde precisamente a este problema en la medida en que es un éxito.

J. LACAN – Me alegra mucho la intervención del Sr. Wolf. Sea como sea de mi inconsciencia, es necesario emplear este término en el sentido corriente de la palabra, y no es del inconsciente freudiano de lo que se trata, hay siempre una gran inconsciencia en servir “así (*comme ça*)” un corte más o menos transversal de alguna cosa que pide ser expuesta con toda suerte de etapas.

Releeré la grabación de lo que he dicho antes. Creía haber precisado bien al principio que yo tomaba al pie de la letra la cuestión del lugar del psicoanálisis en la medicina. Voy a ampliar más mi tesis y quizás llegará así a pasar. La medicina se mantendrá en la medida en que el médico esté más a gusto -informado como puede estarlo de lo que he llamado la topología del sujeto. Existen esquemas que no he querido imponerles esta tarde y he querido únicamente sostener con ustedes un discurso que implica la dimensión en que pretendía llevar el debate. No se trata de ninguna manera y en ningún momento de saber si la cura psicoanalítica está indicada en tal o cual caso o si ella debe estar más o menos expandida.

Cuando para pensar que, en sus relaciones con sus enfermos, el médico debe ser sustituido por un psicoanalista, admito que se me corte la cabeza si he dicho algo que se aproxime a eso por poco que sea. Me parecía simplemente, dados los datos adquiridos, y he precisado expresamente que no todos eran difusos, que habría llegado el tiempo de que en alguna parte, ellos sean si no difundidos, al menos puestos al día de la experiencia en el marco de una Facultad de Medicina.

El carácter puramente didáctico de modulación que he más o menos y según mis costumbres, dado en esta ocasión a mi voz, no marca en absoluto la tensión de una pasión personal, incluso en nombre de una autenticidad o de una sinceridad cualquiera; y justamente, no he querido emitir un voto que en esta ocasión habría podido tener el aire de una tal pasión, voto que sería muy gratuito por otra parte, pues las respuestas que he recibido muestran que es evidente que grandes obstáculos se oponen a la admisión de una idea semejante, aquella por ejemplo de enseñar a los estudiantes de medicina, lo que quiere decir un significante y un significado, mientras que todo el mundo habla de lingüística, salvo los estudiantes de medicina por la simple razón de que no se les enseña.

En cuanto al carácter esotérico de mi enseñanza, las puestas han estado siempre bien abiertas, contrariamente a la práctica usual en otros lugares del psicoanálisis y no he prohibido nunca a quienquiera que fuera, en todo caso por mí, asistir a lo que sería exagerado llamar mi curso, sino a mis comunicaciones y a mi seminario.

Fue la Sra. Aubry quien había propuso al Colegio de Médicos la invitación donde todo esto tuvo lugar.

Jacques Lacan quiere rendir aquí homenaje a la serenidad sin desfallecimiento con la que la Sra. Aubry supo hacer frente a la manera en que esta invitación fue comprendida: de una parte y de otra.

Desea agradecerle el haber mantenido el principio de una publicación no modificada de las intervenciones y obtenido su comunicación casi integral.

Para decirlo todo, fue gracias a ella, como aquí la primera frase conserva la indicación, que Jacques Lacan pudo franquear sin tener que protegerse de la "emboscada" que es sin duda el accesorio de puesta en esta suerte de coloquio, ya que se ve mal de donde alguna cosa de semejante habría podido venir al punto en que se lo testimonia por haberlo tan vivamente sentido, si no que se lo haya dejado volando.

PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

NOTAS PARA UNA DISCUSIÓN

Emile RAIMBAULT

«[...] Además he dicho a menudo, que considero la significación científica del análisis por más importante que su significación médica, y en la terapéutica, su acción de masa para la explicación y la exposición de los errores, por más eficaz que la curación de las personas aisladas.»

(Freud – Carta a Pfister, p. 197).

«El alcance de lo que aportaba Freud superaba infinitamente lo que podían leer las personas a las que él se dirigía.

»¿Quiénes eran? Terapeutas preocupados por comprender los movimientos oscuros cuya existencia constataban en sus pacientes. Esto era loable, pero la formación médica no era, y no es nunca, con sus intereses y su tradición, digamos humanista, la más apropiada para introducir en la dimensión del psicoanálisis.»

(Lacan – Entrevista con Pierre Daix – *Les Lettres Françaises*, 26/11/66).

Después de que Lacan hubiera introducido en el Colegio de Medicina de los Hospitales de París estas verdades resonantes, parece necesario retomar en el seno de

nuestra Escuela el debate que conocido por nosotros, a nuestro parecer tuvo un final demasiado abrupto²

En efecto, si las relaciones entre psicoanálisis y medicina, entre psicoanalistas y terapeutas (incluso si los dos se confunden en la misma persona), han sido siempre más o menos complejas, confusas o tormentosas, no podríamos recusar que es a nosotros, psicoanalistas, que incumbe el deber prioritario de aclarar y de definir nuestras posiciones teóricas y metodológicas en la materia.

Para este trabajo de clarificación, Lacan nos ha propuesto un cierto número de herramientas conceptuales y de formulaciones en el manejo de los cuales podemos comenzar a ejercitarnos. Por otra parte, contamos referirnos a las experiencias e investigaciones de algunos de entre nosotros³ prosiguen desde hace diez años en el surco de Balint, pionero de la exploración verdaderamente psicoanalítica del campo médico y terapéutico.

Nuestro proyecto es pues definir las condiciones teóricas y metodológicas de una aplicación del psicoanálisis como ciencia del campo de la medicina y de la terapéutica.

Cada uno recuerda, después de nuestro último congreso, que:

- El psicoanálisis no es una rama de la medicina, sino por el contrario una ciencia que ha podido aplicarse a la terapéutica de las neurosis (y sin duda encontrar allí su origen?). Es decir que la cura psicoanalítica de las neurosis es una aplicación particular del análisis a un sector particular de la terapéutica psiquiátrica.
- De donde se puede deducir que todo psicoanálisis denominado terapéutico no puede ser sino análisis aplicado a la terapéutica.

«El analista, garante del deseo, no puede ser nunca el sujeto de una demanda, cualquiera que sea, ni siquiera de lo que se llama la curación» (P. Aulagnier).

Esto vendría a decir que no se puede estar en posición de analista si se ejerce la función de terapeuta.

Los psicoterapeutas, que nosotros somos en su mayoría, sólo constituyen un grupo particular entre el conjunto de los terapeutas. Su privilegio, es verdaderamente considerable, reside en su eventual formación para escuchar lo que concierne al deseo y

² Los diversos movimientos que acogieron el discurso lacaniano (sin embargo exento de las elipses habitualmente reservadas parece a nuestro auditorio) revelan de manera ejemplar la dificultad de nuestro proyecto de coordinación. Es cierto sin embargo que, en un segundo tiempo, las reacciones de algunos médicos han mostrado que Lacan había sido bien escuchado [entendido]; quizás demasiado bien, ¿de ahí los gritos?

³ Particularmente, P. Benoit, G. Guerin y G. Raimbault en nuestro cartel y L. Israel en Estrasburgo.

a la demanda. De todos modos, sostendremos más lejos que su posición no está sin embargo apenas más asegurada que la de otros terapeutas –y nos veremos llevados a proponer que podrían, como ellos, exponer su práctica a la escucha de un tercero analista que estaría, por su parte, en posición verdaderamente analítica. Así con todo rigor, en esta Escuela, no se podría pretender más que ser:

Ya sea: didáctico-teórico,

Ya sea: analista del discurso de los terapeutas comprometidos (o embarrados) en su práctica terapéutica.

Tras esta tentativa de una definición teórica de las relaciones entre el psicoanálisis y los terapeutas, veamos lo que sucede de hecho.

I – EL FIASCO DE LA PSICOSOMÁTICA

Desde hace tiempo, algunos analistas han intentado hacer extensivos y aplicar los descubrimientos surgidos de la cura de las neurosis a los problemas de terapéutica general. Este tipo de investigación ha fundado la psicósomática. En efecto, es a partir de la observación de la aparición o de la evolución de trastornos corporales, orgánicos o funcionales, en el curso de la cura psicoanalítica de pacientes llegados al análisis por síntomas psiconeuróticos que, psicoanalistas como Felix Deutsch, Alexander, y sus seguidores, han propuesto interpretaciones psicoanalíticas de la patología corporal de sus pacientes.

Se ha querido, a partir de estos descubrimientos hechos en el curso de la cura analítica de las neurosis, informar a los médicos de la significación de ciertos trastornos corporales funcionales. Por supuesto, estas interpretaciones no eran válidas y explotables más que en el marco preciso y único de la cura analítica de ese neurótico por ese psicoanalista.

Sin duda, en rigor, tales interpretaciones u otras análogas, pueden ser utilizadas eficazmente para otros neuróticos en cura analítica. Pero, en ningún caso ellas pueden ser utilizables fuera de una cura psicoanalítica.

Es fácil comprender así por qué los médicos no han podido hacer en la práctica interpretaciones psicósomáticas que una abundante literatura ha difundido ampliamente.

Se incurre en una enorme impostura: por una parte, los psicoanalistas proponen interpretaciones cada vez más científicas, de acuerdo con sus casos de análisis; por otra, los médicos intentan aplicar estas interpretaciones en su práctica médica, en una situación que no tiene nada que ver con la situación analítica [lo que las hace

ineficaces], a pacientes que no han ido para un análisis, cuando ellos, médicos, no han sido ni analizados, ni formados en la práctica psicoanalítica.

Parece que la psicósomática haya sido llevada a extender a todo un sector de la patología corporal la noción del lenguaje del cuerpo. Se puede admitir que "eso habla" a nivel del síntoma corporal pero aún falta que eso llegue a la oreja del médico y sobre todo a la palabra del enfermo para que este discurso sea interpretable. Y ¿por qué método llegar a estos resultados por fuera de la cura analítica? ¿Qué hacer en el marco de la práctica médica corriente, generalista, especialista u hospitalaria? ¿Cómo se puede concebir la interpretación de un discurso inconsciente, de una fantasma que se supone que soporta determinado síntoma orgánico, en una consulta médica?

Se ha podido proponer así una psicogénesis de un cierto número de síndromes calificados de enfermedades psicósomáticas, como si existiese, por oposición, una patología no psicósomática, reservada a los sujetos cuyo cuerpo estaría excluido de los efectos del deseo y del inconsciente.

Por lo que se refiere a nuestras preocupaciones apostólicas, señalemos que el carácter incongruente e inútil de estas interpretaciones ha provocado en los médicos una reacción de desprecio que refuerza considerablemente su sordera con respecto al psicoanálisis. Todo el ruido hecho alrededor de la psicósomática se ha revelado inútil para los médicos y ruinoso para la causa del psicoanálisis en el público médico.

En un excelente trabajo, reciente sobre los problemas de teoría psicósomática⁴, Valabrega se felicita de la difusión del concepto de psicósomática. Este concepto no parece sin embargo de una utilidad indiscutible. Si se trata de definir el lugar y la función del cuerpo en la topología del sujeto, o bien de la función de la patología corporal en la cura analítica, eso surge de la teoría del análisis (Lacan nos propondrá sin duda los modelos que nos permitirán articular correctamente esta difícil cuestión).

Si se trata de estudiar la patología corporal, allí donde ella existe, es decir en el contexto de la relación médico-enfermo-enfermedad, es entonces del psicoanálisis de la relación terapéutica de lo que se trata. Dicho de otra forma, de la verdadera aplicación del psicoanálisis a la medicina.

II – EL DOBLE RECENTRAMIENTO OPERADO POR BALINT

⁴ *Encyclopédie Médico-chirurgicale - Psychiatrie (37400-C 10)*

Por oposición a este estudio de las enfermedades psicosomáticas basado en una extensión abusiva de los descubrimientos de la cura analítica, Balint propone un doble desplazamiento de nuestro foco: nuestro objeto de estudio es el campo de la práctica médica, es decir la relación médico, enfermo, enfermedad; nuestro método es el psicoanálisis del discurso del médico.

Balint define también el espíritu de su investigación:

«Sin por ello rechazar la menor parcela del oro puro de los descubrimientos analíticos, hemos llegado a aceptar abiertamente estos diversos límites, comenzado por aquellos que se imponen a su técnica por las condiciones particulares en las cuales el tratamiento psicoanalítico es efectuado... Esto era una simple consecuencia de nuestra línea de conducta de acoger como iguales a nuestros diversos colegas, médicos no analistas, cuyas experiencias clínicas y terapéuticas en vastos dominios fuera de los límites del campo analítico han debido ser evidentemente consideradas como contribuciones también tan válidas y preciosas como nuestros propios descubrimientos analíticos.»

Para un estudio psicoanalítico de la práctica médica, lo ideal sería quizás practicar uno mismo la medicina y analizar la relación expuesta de su propia práctica (el observador forma parte del campo estudiado y debe analizar su propia partición). Ahora bien, nosotros no practicamos la medicina (si esto no está en la ambigüedad de nuestro rol de psicoterapeuta, socialmente identificado, instituido, y más o menos alienado en la función de médico de las neurosis).

Nuestra investigación como psicoanalista consiste pues en analizar las relaciones que nos aportan "observadores delegados en el campo médico" como son los médicos del grupo Balint. En este marco el enfermo se define como aquel que viene a consultar al médico, la enfermedad como la causa de la apelación al médico.

A la demanda del saber del médico, Balint responde por el cuestionamiento de su ideología y de su contratransferencia profesionales. No se trata ya de estudiar la enfermedad y su psicogénesis sino la relación terapéutica, *hic et nunc* [aquí y ahora], en el discurso del médico.

«No tenemos que hacer vulgarización del psicoanálisis. No debemos dar parecer sobre una relación multipersonal compleja, según los modelos que hemos aprendido de nuestros enfermos en una relación de dos personas como es la situación psicoanalítica.

Nuestra función es la de concentrar nuestra atención sobre lo que conocemos bien y que podemos obtener directamente en el curso del relato del médico, es decir, la contratransferencia del médico con respecto a su enfermo. No es necesario descubrir en el informe del médico lo que constituían exactamente los hechos exteriores del caso, que serían esenciales para un diagnóstico psicopatológico justo y preciso. La manera en que el médico habla de su enfermo con todos los agujeros y los repliegues de la historia, con todas las omisiones, pensamientos secundarios, adiciones y correcciones ulteriores, comprendida la secuencia según la cual son reveladas, todo esto constituye una historia, un cuento análogo al contenido manifiesto de un sueño, familiar e inteligible para nosotros psicoanalistas. El cuento (relato-historia), naturalmente, es el de la contra-transferencia del médico... En medicina general, el médico forma parte de la situación real, con su contra-transferencia como un ingrediente muy importante de esta situación... Si puede modificar su contra-transferencia, la situación en su conjunto puede cambiar muy rápidamente.»

«No se trata de enseñar a los médicos una selección de fragmentos escogidos de nuestros conocimientos y de nuestro saber hacer, sino:

1º) de participar en un proyecto de investigación para descubrir aquello que los médicos necesitan si deben practicar la psicoterapia.

2º) elaborar con ellos las respuestas a sus necesidades profesionales...

... Se trata de la adquisición de un saber hacer que no puede conseguirse más que por la práctica de la cosa y siempre al precio de una modificación limitada pero considerable de la personalidad.»⁵

Cuando el terapeuta expone su caso, informa sobre el discurso del enfermo y el suyo propio en función de sus presupuestos teóricos e ideológicos por una parte, en función del perfil acústico específico de su propia neurosis por otra parte. Nuestro trabajo como analista consiste en descifrar la relación del practicante y detectar en ella los nudos que le han impedido escuchar el verdadero discurso del enfermo y el suyo propio, encontrar su interpretación correcta y elaborar la intervención adecuada que se desprende de ella.

A propósito de la contra-transferencia del formador psicoanalista en el grupo de médicos, Balint señala:

«El psicoanalista que acepta el rol de líder de un equipo de investigación en el lugar del de educador, debe estar preparado para que los médicos descubran rápidamente que el fenómeno de contra-transferencia es general. No son solamente los

⁵ BALINT, *Int. J. Psycho. Anal.* 1966-47-54

médicos participantes sino también el líder del grupo que tiene sus propias maneras individuales de comprender los informes de los casos, de aclarar ciertos puntos y no otros, etc... Todo esto expresa su contra-transferencia. Si el líder acepta ser cuestionado igualmente en su contra-transferencia, demuestra en la situación *hic et nunc* lo que es verdaderamente la psicoterapia, y esto libera a los participantes de sus esquemas rígidos de contra-transferencia y pueden regresar a su práctica habiendo aprendido cómo observar mejor, cómo construir relaciones con una base más sólida.»

El médico debe ser formado para escuchar el discurso del paciente sobre su historia vivida, sus quejas, sus demandas, sus deseos, y llegar, haciendo esto, al establecimiento del diagnóstico que Balint llama "la enfermedad autógena". Podrá así cumplir de manera objetiva su función terapéutica, es decir, por una parte elaborar y poner en acción una conducta apropiada en lo que concierne a los cuidados orgánicos, por otra parte ayudar al enfermo a expresar y desanudar los nudos y bloqueos patógenos de su discurso. Se ha podido decir que en la cura analítica, los efectos de curación venían por añadidura; de la misma manera en el grupo Balint, la relación terapéutica del médico con los enfermos mejora (por el bien de estos últimos) por un efecto secundario al trabajo analítico que se efectúa en el marco del seminario de formación.

Este estudio de la práctica médica presenta para el psicoanálisis un doble interés:

- En la medida en que se trata de la actividad de los médicos de familia, tenemos informaciones preciosas, por una parte sobre los episodios de la patología corporal y su articulación en la historia de los sujetos y del contexto familiar, por otra parte sobre las interacciones de los diferentes miembros del grupo familiar, e incluso de su entorno. Se ve así revelarse, a veces de manera sorprendente, la temática familiar como una suerte de partitura orquestal donde cada uno toca su instrumento en función de cada uno de los otros miembros y de la partitura de conjunto.

III – MÉDICOS y PSICOTERAPEUTAS "EXPUESTOS a la CLÍNICA"⁶

Balint se ha dedicado particularmente a definir las particularidades de la posición del médico de familia:

1º) Es el médico de toda una familia y no de una sola persona, y los miembros de esta familia tiene entre ellos relaciones complejas.

2º) Está en contacto físico constante con el cuerpo del paciente, ya sea directamente, ya sea por medio de instrumentos.

⁶ Formulación de F. PERRIER.

3º) Prescribe medicamentos y debemos admitir que estos medicamentos tienen efectos potentes más allá y por fuera de lo que los enfermos les atribuyen en sus fantasmas.

... Grosso modo, podemos decir que la situación profesional del generalista, aunque contiene numerosos elementos fantasmáticos, está más cerca de la "realidad" que la situación del psicoterapeuta psicoanalista...

... Por el contrario, en psicoterapia analítica, se trata de una relación de dos personas. El impacto de la personalidad del psicoterapeuta se reduce tanto como es posible al mínimo. Correlativamente, el analista se esfuerza por mantener su actitud constante y neutra para favorecer la metabolización de su persona en la fantasmática del paciente. En fin, interfiere lo mínimo con las asociaciones libres del paciente y las siguen donde ellas vayan. Por el contrario, impone una disciplina rígida en el dominio del tiempo y del espacio: el horario y la duración de las sesiones, la posición acostada del paciente... «Todas estas disposiciones tienen como función crear una situación tal que todas las comunicaciones entre el paciente y el psicoterapeuta se produzcan en palabras.»

Solicitado por la demanda del enfermo y el síntoma ofrecido, el médico responde por una intervención activa centrándose directamente en el síntoma. El psicoterapeuta, por su parte, se mantiene lo más posible en una posición de abstención, e interviene lo menos posible al nivel del síntoma. En los dos casos, se trata de la llamada de un sujeto desamparado y que sufre dirigida a otro que se supone que sabe y puede [hacer algo al respecto].

- Pero el paciente de medicina general, al mismo tiempo y a la vez que hace la llamada, en el acmé de su crisis, a aquel que sería capaz de liberarlo del deseo subterráneo responsable del seísmo orgánico que lo destruye, reclama además que el médico repare el daño corporal sufrido y restablezca las condiciones de "goce" de su propio cuerpo.

En el mejor de los casos, parece que la crisis que representa para el enfermo el recurso al médico, pueda ser un momento fecundo, privilegiado, para una movilización, implícita o explícita, del deseo estancado responsable de la perturbación corporal y de su desorganización. Quedaría por definir el rol mediador de estos cuerpo a cuerpo, de estas intervenciones sobre el cuerpo por medio de instrumentos más o menos complejos, terapéuticamente eficaces sin verbalización ni explicitación.

- Después de estas consideraciones aún hipotéticas, podemos abordar ahora la cuestión de las analogías entre la función de los médicos y de los psicoterapeutas, y los métodos de su formación.

Hemos visto que, en forma de caricatura, se podía considerar el psicoterapeuta como un especialista en el registro del deseo y de la demanda, partero del deseo y de la verdad del sujeto, que excluye de su campo los fenómenos corporales. El médico, por su parte, sería el técnico especialista del organismo, de su patología y de su reparación, que excluye de su campo todo lo que da cuenta del deseo, del inconsciente y de la verdad del sujeto.

- Podríamos distinguir tres tipos de enfermo:

1º) – El primero apelaría a aquel que se supone que no sabe nada del deseo pero sabe todo sobre el aparato corporal (sería por ejemplo el caso del psicoanalista enfermo que consulta a un médico).

2º) – El segundo, el caso más frecuente, apelaría a aquel que se supone que sabe tanto lo que se refiere al goce del cuerpo y a sus condiciones orgánicas, como del deseo inconsciente.

3º) – El cliente del psicoanalista, por el contrario, apelará a aquel que se supone que sabe sobre lo que concierne al deseo y al inconsciente pero que no se preocupa del cuerpo.

Fuera de las curas psicoanalíticas clásicas, la mayor parte de nosotros estamos metidos en tipos de psicoterapias que podemos llamar bastardas: (Psicoterapias concernientes a niños, psicoterapia de casos “borderline” asociados a medicamentos neurolépticos o antidepresivos, psicoterapia en el transcurso de enfermedades orgánicas). Como los otros terapeutas, nos vemos llevados a prescribir medicamentos, a actuar en la “realidad”, a tratar al mismo tiempo a varias personas de una misma familia o al menos a intervenir en personas del entorno del enfermo, sin hablar de nuestro papel en las hospitalizaciones eventuales.

Como lo subraya Balint en muchas ocasiones, tanto el psicoterapeuta como el médico, no saben nada del arte:

1º) de combinar el efecto real de los medicamentos con los fantasmas que ellos provocan en los enfermos, de manera que se realice un resultado terapéutico asegurado y constante.

2º) del cómo y cuando examinar el cuerpo del enfermo,

3º) de mantener una relación terapéutica a lo largo del tiempo con todos los miembros de una misma familia,

4º) del funcionamiento del médico como educador y como enseñante con respecto al enfermo.

No más que los médicos, los psicoterapeutas no saben verdaderamente lo que hacen en estos casos.

Los psicoanalistas se contentan lo más a menudo con hablar de sus experiencias de cura analítica clásica o de teorización, raramente hablan de la realidad de sus

psicoterapias “mixtas” con utilización de medicamentos, intervención en la “realidad”, manipulación del entorno del enfermo, etc...

Volvamos pues de nuevo a nuestras consideraciones de partida para afirmar que el psicoterapeuta, por estar, en el mejor de los caos, bien advertido de lo que se juega de la demanda y del deseo del enfermo, tiene apenas más claro que los otros terapeutas, lo que hace en su práctica psicoterapéutica.

Tal albatros, el médico que sabe fisiopatología, como el psicoanalista experto en ejercicios de abstracción y de especulación, se revela a veces muy torpe cuando se encuentra, según la fórmula de Perrier, “expuesto a la clínica”.

Podemos preguntarnos si nuestra formación analítica no ganaría si fuera completada con seminarios de formación análogos a los de los médicos, es decir donde nuestro discurso de psicoterapeutas informando de nuestros casos, es decir de nuestra contra-transferencia profesional podría ser sometido al análisis de un tercero en posición verdaderamente analítica.

Parafraseemos a Lacan: Se puede en primer término, hacer psicoterapias, a saber poner en juego los resortes del deseo, intervenir a nivel del cuerpo del enfermo y al nivel de su entorno, y obtener de ello efectos terapéuticos. Ser psicoterapeuta sabiendo lo que se hace exige ya de otra cosa...

El método psicoanalítico propuesto por Balint a los médicos nos daría quizás a nosotros también una posibilidad de saber lo que hacemos.

Bibliografía

- J. LACAN - *Psychanalyse et Médecine* [se trata de la intervención de Lacan que hemos traducido aquí]
- M. BALINT – *Le médecin, son malade et la maladie*, trad. de J.P. Valabrega, Paris, Payot, 1966 [existe una traducción al castellano de este libro en la Ed. Libros básicos]
 - *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Paris, Payot.
 - “Psycho-analysis and medical practice”, en *Int. J. Psycho-Anal.*, 1966 –47, 54.
- C. CONTÉ – “Brèves remarques sur la théorie psychanalytique et son rapport au désir de l’analyste” – Congreso del 1.11.1966.
- E. RAIMBAULT – II^{ème} Conférence international sur la formation des médecins à la thérapeutique, en *Evolution Psychiatrique*, n° 4, année 1964.
- J.-P. VALABREGA – “Problèmes de théorie psychosomatique”, en *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Psychiatrie – 37400 – C 10.