



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESI DOCTORAL

**UNA CRÍTICA AL PRINCIPI D'AUTONOMIA DES DE LA
PERSPECTIVA DE LA PSICONÀLISI.**

EL CAS DE LA VIOLÈNCIA CONTRA ELS PROFESSIONALS SANITARIS.

Araceli Teixidó Prevosti

Directors: Àngel Puyol González

y Antoni Vicens Lorente

2017

DEPARTAMENT DE FILOSOFIA

FACULTAT DE FILOSOFIA I LLETRES

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Programa de Doctorat regulat pel Reial Decret 1393/2007

ÍNDIX

AGRAÏMENTS

7

INTRODUCCIÓ

1. PRESENTACIÓ DEL PROBLEMA	13
1.1. Tipus d'estudi actual sobre el tema	16
1.2. La medicina avui	17
1.3. Interrogants	20
1.4. Hipòtesi	23
1.4.1. Comentari	22
1.5. Desenvolupament previst	24
1.6. Inquietuds que han motivat aquesta tesi	26
1.7. Per què la psicoanàlisi	28
1.8. Per què a la facultat de filosofia	29
1.9. Distinció entre moral i ètica	29

PRIMERA PART

EL PRINCIPI D'AUTONOMIA EN BIOÈTICA VIST DES DE LA PSICOANÀLISI

2. EL PRINCIPI D'AUTONOMIA I EL PROBLEMA DE LES PREFERÈNCIES	35
2.1. Introducció al principi d'autonomia	35
2.1.1. Vessant filosòfica del concepte d'autonomia	35
2.1.2. Vessant legal del concepte d'autonomia	37
2.1.3. Tipus d'autonomia	39
2.1.4. El principialisme en ètica mèdica	40
2.1.5. Autonomia a l'americana i autonomia a la francesa	42
2.2. Autonomia i realitat clínica	44
2.3. L'autonomia: desviacions	48
2.3.1. El paradigma de la relació assistencial normal sempre es desvia	48
2.3.2. La lluita contra el patiment i «l'odi al símptoma»	50
2.3.3. La solució de Tauber	52

3. EL PRINCIPI D'AUTONOMIA I EL PROBLEMA DEL GAUDI	55
3.1. Respostes actuals al problema de les preferències irracionals	56
3.2. El que contraria l'autonomia de la raó	60
3.2.1. El <i>jo</i> no pot ser autònom	63
3.3. En conseqüència	67
4. EL CONCEPTE DE DISCURS EN L'ENSENYAMENT DE LACAN	71
4.1. De què serveix aquesta organització discursiva	75
4.1.1. Discurs de l'amo	76
4.1.2. Discurs de la histèrica	77
4.1.3. Discurs de l'analista	77
4.1.4. Discurs universitari	78
4.1.5. Discurs capitalista	78
5. BABINSKI I FREUD: DUES CONCEPCIONS DE COS, DUES ÈTIQUES	83
5.1. Plantejament	83
5.1.1. El patiment	84
5.2. Antecedents: els estudis sobre la histèria	85
5.3. La histèria	89
5.3.1. La histèria segons Babinski	93
5.3.2. La histèria segons Freud	95
5.3.3. Conclusions al voltant del concepte d'histèria	102
5.4. Sobre la terapèutica	106
5.4.1. La cura de la histèria segons Babinski	106
5.4.2. La cura de la histèria segons Freud	110
5.4.3. Conclusions sobre la terapèutica	115
5.5. De la histèria a l'ètica: com llegir el cos en medicina	116
5.6. L'ètica en medicina i l'ètica en psicoanàlisi	120
5.6.1. El lliure albir	120
5.6.2. El marc de les eleccions	121
5.6.3. De què és responsable el pacient?	122
5.6.4. Com s'aplica l'ètica en medicina?	127
5.6.5. Com s'aplica l'ètica en psicoanàlisi?	129
5.6.6. El subjecte autònom i el subjecte de l'inconscient	133
6. L'ABANDÓ DEL PATERNALISME I EL PROBLEMA DE LA CONFIANÇA	135
6.1. El rebuig del domini del metge	135
6.2. Distinció entre paternalisme i funció paterna	139
6.3. La introducció en el llenguatge és una operació sobre el gaudi	141
6.4. Emparaulament: un lloc en l'altre, un lloc en el món	143
6.5. Fora de llenguatge: alguna cosa insisteix	146
6.6. El que no té sentit en medicina	149
6.7. El pare que podia matar	154

6.7.1. La diferència	156
6.8. El gaudi i el metge: el sacerdot	158
6.8.1. Com operava el sacerdot?	159
6.9. Déu: una operació epistemològica	162
6.10. El que es pot conèixer i el que no es pot saber	165
6.11. L'autoritat del metge i la confiança del pacient	167
6.12. El gaudi sempre és de l'altre	168
6.12.1. Els problemes del gaudi són els problemes del vincle	171
6.12.2. Asimetria de la relació	173
6.12.3. Respondre de la confiança	174
6.12.4. Invitació a saber	177
6.12.5. La funció apostòlica	177
6.12.6. La confiança necessita un metge en singular	178

SEGONA PART
AUTONOMIA I VIOLÈNCIA DINS DEL MÓN SANITARI

7. EXEMPLES D'AGRESSIONS: LA TRANSFERÈNCIA	183
7.1. Introducció	183
7.2. Onze exemples narrats pels professionals agredits	185
7.3. Primera reflexió	187
7.4. La violència contemporània: l'home crispat	188
7.5. Reflexió sobre la violència a les consultes	189
7.6. Una resposta ètica	190
7.7. El lloc de la reflexió en la resposta a l'agressió	193
7.7.1. Quin lloc es dona a l'agressor?	194
7.7.2. Una lògica diversa	194
7.8. El marc subjectiu en què té lloc la consulta	199
8. VIOLÈNCIA, AGRESSIVITAT I AGRESSIÓ	203
8.1. Violència	203
8.2. Agressivitat	205
8.2.1. La formació del <i>jo</i>	207
8.2.2. El <i>jo</i> com estructura de desconeixement	210
8.2.3. Per què l'agressivitat no s'estén a tota actuació humana	211
8.2.4. L'objecte <i>a</i>	212
8.3. Agressió	215
8.4. Tipus d'agressió	217
8.4.1. Agressió verbal	217
8.4.2. Agressió física	217

8.4.3. Relat dels cassos	222
9. LA TRANSFERÈNCIA	233
9.1. Repetició	236
9.2. Com operar amb la transferència	239
10. PARAULA, SILENCI I ACTE	243
10.1. Els límits de la paraula	243
10.2. El problema de la paraula és el de la garantia	246
10.2.1. Esbós del recorregut del concepte de veritat en filosofia	247
10.2.2. Una discussió dins les teories de la veritat actuals	250
10.2.3. Saber i coneixement	255
10.2.4. Els subjectes del desig	258
10.2.5. La resposta del professional	259
10.3. En el límit de la paraula: silenci i acte	260
10.3.1. Callar	262
10.3.2. Guardar el silenci	263
10.3.3. L'acte	266
10.3.4. La cadira del metge	270
10.3.5. El poder del metge	274
11. LA DEMANDA DEL PACIENT	277
11.1. Models de conversa: el problema dels prejudicis	278
11.1.1. Com conversar sense influir en el pacient o com fer servir bé la influència	281
11.1.2. Raó dependent, raó alienada	282
11.1.3. Dependents del llenguatge	283
11.2. Què demana el pacient?	285
11.2.1. El desig no és la voluntat	286
11.2.2. La dependència del pacient al metge com a interlocutor	289
11.2.3. Què suposa parlar?	292
<hr/> CONCLUSIONS <hr/>	
12. EN CONCLUSIÓ	299
12.1. Reflexió final	317
BIBLIOGRAFIA	321

AGRAÏMENTS

Tots sabem que una tesi doctoral és un treball en gran part solitari. Tanmateix el fem acompanyats de moltes persones i sense elles no seria possible tirar-lo endavant i fer-lo arribar a bon terme. Vull mencionar-ne expressament algunes que m'han fet costat de diverses maneres i a les que estic ben agraïda:

En Guillem, la Carla i la Bea.

L'Anna Aromí pel seu silenci. En ell he pogut tramar moltes de les qüestions que desenvolupo en aquesta Tesi.

L'Àngel Puyol i en Toni Vicens, els directors de la Tesi, l'agraïment als quals es pot donar per suposat, però a qui no puc deixar de dir que m'he sentit afortunada per poder conversar i gaudir del seu saber al llarg d'aquests quatre anys.

En Marc Antoni Broggi per l'amabilitat amb què m'ha rebut, l'interès i la bona disposició envers el meu treball.

El Xavier Esqué per la seva tan atenta, curosa i amable lectura. En Guy Briole per la seva acollida, les converses, articles, llibres i orientacions. L'Elvira Guilañá per la lectura, els llibres i la bona disposició. En Vicenç Palomera que sempre m'ha fet costat i m'ha ajudat a impulsar projectes en aquest àmbit. La Rosa Calvet. Els considero els meus mestres.

La Silvia Grases, la Carolina Tarrida, la Gabriela Medín, la Leonora Troianovski, la Ceres Lotito, la Lierni Irizar, la Liana Velado, en Miguel Ángel Vázquez i en Santiago Castellanos, col·legues amb qui he pogut conversar sobre diversos aspectes del meu treball.

Dec a alguns companys de l'hospital i d'altres llocs de la sanitat la col·laboració en l'obtenció de casos. Per raons de confidencialitat no diré els seus noms, però els guardo en el meu record. Ells m'han dedicat part del seu temps per compartir l'experiència de les agressions sofertes. Els estic molt agraïda.

Al seu capdavant Xavier Conill, Emília Cortés, Artur Juan, Montse Magallón, Conchita Peña, Oriol Estrada i Joan Matllo que m'han donat suport i han confiat en la meva aposta. Guardo moments, converses i complicitats que m'han acompanyat al llarg del treball.

Els metges, infermers i treballadores socials del Servei d'Urgències de l'Hospital de Calella que em van convidar a les seves reunions d'equip i em van deixar circular pel Servei per conèixer-ne el funcionament. N'he après molt.

El meu cap al Hospital de Calella, Albert Hernández, perquè he comptat amb el seu suport i facilitats per tirar endavant el meu treball.

I el corrector, Álvaro Sanjuan, que ha fet la seva feina amb cura i m'ha ajudat a clarificar la redacció amb generositat.

Un treball solitari que s'ha nodrit de moltes companyies. Gràcies.

El benestar de l'home depèn del descobriment del sèrum contra la varicel·la o la mossegada de la serp verinosa, però també del fet que es retorni a la paraula el seu sentit original: meditant sobre la paraula, l'home es descobreix a si mateix.

João Guimarães Rosa

INTRODUCCIÓ

1. PRESENTACIÓ DEL PROBLEMA

El pensament mèdic està compromès per dret propi en l'estatut filosòfic de l'home.
Michel Foucault

En l'àmbit de la medicina científica i democràtica de la societat capitalista que té en compte l'autonomia del pacient, el seu dret a participar en les decisions mèdiques lluny de l'autoritarisme de fa pocs segles, observem canvis essencials que no es podien preveure. S'ha donat pas a un progressiu declivi de l'autoritat mèdica, a la pèrdua del valor de la paraula del metge i a una demanda creixent dels *usuaris* per aconseguir l'acompliment de la satisfacció que li reclamen. L'àmbit de la relació entre el metge i el seu pacient ha canviat molt, l'àmbit de la relació entre els homes ha canviat molt. L'humà es troba desorientat enmig d'aquests canvis. Una de les manifestacions més visibles d'aquests problemes és la violència contra el metge i contra el personal assistencial en general (Bernaldo-de-Quirós i altres 2014)(Fernández Martín, i altres 2006)(Martínez-Jarreta, i altres 2007) (Moreno 2004) (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona s.f.). (Hobbs y Keane 1996)

Quan es va començar a percebre aquest fenomen, els professionals de la sanitat pública es varen sentir molt indefensos i impotents i, inicialment, no varen comptar amb el suport de l'Administració. La mancança es va resoldre amb la promoció del professional de la sanitat pública al rang d'autoritat pública, cosa que permetia l'empara de la llei (Europa-press 2014) (Gomez-Durán 2012). En va ser antecedent la Sentència del Tribunal Suprem 1030/2007, de 4 de desembre, que qualificà l'agressió al professional sanitari com a «delicte d'atemptat a funcionari públic». D'aquesta manera una agressió adreçada a ells comporta una pena major que si s'adreça a un ciutadà comú. Va ser un primer pas que reconeixia el paper d'aquests professionals i la necessitat d'abordar aquestes qüestions.

En les empreses sanitàries, els departaments de Riscos Laborals varen ser designats per fer-se càrrec de la prevenció i tractament de la violència contra els assistencials.

Igualment, per citar un cas proper, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) va crear un servei d'atenció psicològica a les víctimes de la violència dels pacients dins de la seva divisió d'atenció al metge malalt.

Per tant, la primera mesura de caràcter limitador va ser d'ordre legal. En segon lloc, es varen crear dispositius d'atenció a les víctimes. Al mateix temps, les primeres reaccions de les institucions mèdiques – hospitals i centres de salut – va tenir lloc en forma de blindatge dels centres sanitaris: portes amb codi, agents de seguretat i càmeres. Més recentment, botons de pànic.

Cap pregunta al voltant del perquè d'aquest canvi essencial en la relació assistencial.

La *I Jornada sobre la violència contra el metge* celebrada a Barcelona el 25 de maig de 2011 al Col·legi de Metges de Barcelona (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 2011a) (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 2011b) és una mostra de la manera en què aquest fenomen va ser abordat pels agents responsables: policia, advocats i metges, un d'ells també psicòleg, debateren conjuntament al voltant de la violència. També un altre dispositiu creat pel COMB, la Unitat Integral de Violència contra el Metge (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 2011c), es nodreix en primer lloc d'aquests tres tipus de professionals. També hi ha psicòlegs, però el seu paper no és investigador, només es tracta de protegir i donar suport al metge que ha estat agredit i, quan sigui el cas, realitzar una teràpia que li permeti superar la seva por. De moment el principal acord d'aquests agents ha estat amb la Fiscalia Superior de Catalunya per tal d'agilitzar i centralitzar les denúncies. Actualment s'ha valorat que es puguin fer fins i tot per Internet (Generalitat de Catalunya 2017) per tal d'afavorir-ne la realització.

El fenomen s'ha tipificat com a «risc» en el treball. D'aquesta manera es traça una divisòria entre pacients i metges a una banda de la qual hi hauria uns potencials agressors i, a l'altra, el metge igualat a una víctima.

Tot el treball de recerca en aquest àmbit tendeix a la classificació com a recurs teòric i a l'ensinistrament com a principal eina: hi ha una manera de fer que es pot aprendre. Aquest plantejament conté un supòsit implícit: que tant el pacient com els professionals estan equivocats quan actuen com ho fan i que alguns altres professionals els ensenyaran com han de fer allò que ningú no els ha ensenyat abans. Als sanitaris, se'ls ha d'ensenyar a manegar les situacions conflictives; als pacients, se'ls ha d'ensenyar normes de convivència (Consorti Sanitari de l'Alt Penedés 2012). En les empreses sanitàries els cursos per a professionals es duen a terme des de les unitats de Riscos Laborals.

Però la fermesa no pot ser l'única proposta quan està en joc la posició del metge. A més, quan es parla de conscienciar i formar el metge per afrontar aquestes qüestions, els responsables actuals es refereixen a conscienciar en la necessitat de denunciar les agressions i formar en la detecció i maneig de les situacions agressives (COMB 2004), de manera que el professional queda identificat amb una víctima indefensa. No hi ha cap plantejament que condueixi a una major consciència del paper que juga el professional en la resposta donada. No hi ha cap plantejament d'anàlisi dels casos malgrat que es considera que es tracta d'un deteriorament de la relació metge/pacient – així ho va dir en Miquel Vilardell, president del Col·legi en aquelles dates, en l'obertura de la *I Jornada sobre la Violència contra el Metge* del COMB –. Sembla que s'entén que la relació s'ha deteriorat per causa d'una nova presentació dels pacients. No hi ha preguntes que apuntin a les causes o que comprometin l'actuació del metge des de la clínica, ni en un sentit investigador ni en sentit filosòfic.

El fet que això s'estudiï des dels departaments de Riscos Laborals consolida la percepció del metge com a víctima de quelcom que no pot controlar. I si bé és veritat que els pacients avui es presenten amb molta crispació, també ho és que de vegades el mateix metge està crispat¹. Però sobre tot el que vull posar de relleu és que la

¹ Com han explicat molts metges quan els he parlat del meu estudi.

consolidació del metge com a víctima faria suposar que és del tot aliè al que succeeix, cosa que n'augmenta la impotència. El recurs a la denúncia policial com a única resposta és el colofó del desconeixement que proposa el tractament actual (Briole, *Le pharmakos au XXIe siècle* 2015).

1.1. TIPUS D'ESTUDI ACTUAL SOBRE EL TEMA

Els estudis que hi ha es dediquen al recompte d'incidents, al càlcul de la distribució d'agressions, al disseny del perfil dels agressors, a l'atribució lineal de causalitats i a la proposta d'incrementar les mesures de seguretat i l'entrenament dels professionals tant en defensa personal com en habilitats de *comunicació, persuasió i negociació* (Bernaldo-de-Quirós 2014). Atès que l'objecte del meu estudi és separar-me d'aquest tipus de treballs, no en realitzaré una exposició exhaustiva i em limitaré a comentar breument els estudis que em semblen representatius del tarannà general en aquest tipus de recerca. Em remetré a dos textos: en primer lloc, una revisió feta al Regne Unit l'any 1996 (Hobbs i Keane 1996) i, en segon lloc, l'informe de la Organización Médica Colegial (OMC) (Organización Médica Colegial 2016) de l'any 2016 sobre les agressions contra els metges.

Una altra línia de consideració ha estat la disposició dels objectes de la taula dels metges per dificultar l'accés a objectes contundents en cas d'una possible agressió (Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Ajuntament de Barcelona 2012, 9). No considero que la literatura publicada ajudi en general a esclarir les qüestions plantejades: al contrari, és possible que atïï més el foc perquè divideix l'àmbit mèdic en dos camps enfrontats: d'una banda el pacient i el seu familiar, presumptes agressors i, de l'altra, els assistencials, possibles víctimes.

En la revisió de 1996 al Regne Unit, s'assenyalava que és un problema que preocupa molt tot i que és difícil precisar-ne amb exactitud les xifres – perquè no totes les agressions són denunciades – i que el fet que hi hagi hagut assassinats ha fet créixer l'alarma. Assenyalaven les diferències de xifres, que eren degudes a les diferències en les zones de treball – no és el mateix un centre d'atenció primària o unes urgències que

una unitat d'hospitalització – , al tipus de pacient, a la severitat dels incidents i també a les diferents definicions de violència que es fan servir.

La revisió recull la pregunta plantejada en els estudis: *per què es produeixen aquestes situacions de violència?*. Els motius relatats són la negativa del metge a realitzar un tràmit, el temps d'espera excessiu i la disconformitat amb el tractament prescrit o amb el tracte rebut. En la seva major part, són desacords amb l'alta mèdica indicada i no desitjada pel pacient. Hem de considerar que l'explicació és insuficient tota vegada que no tots aquells pacients que estan disconformes amb el tractament agredeixen o amenacen el metge. També podem copsar que les urgències estan a vessar de pacients que esperen durant hores i que els agressors en són una part extremadament petita. El que s'esmenta com a causa només són desencadenants. Cap d'ells no explica perquè en un moment determinat un pacient «decideix» cridar, insultar o fer un passatge a l'acte agressiu.

Un altre element analitzat que no contribueix a conèixer el problema millor és el perfil de l'agressor. I és que si aquest és dibuixat com un home de menys de 40 anys que viu a la ciutat i a qui s'acaba de morir un parent al servei d'urgències, vol dir això que si ens trobem una persona d'aquestes característiques cal que avisem el servei de seguretat?

I malgrat els estudis i les orientacions proposades, les agressions creixen any rere any. L'informe de la Organización Médica Colegial de 2016 indica que les agressions durant l'any passat varen créixer un 37% respecte el 2015. Tot i això no hi ha cap crítica al voltant de les mesures i estudis que s'han fet fins ara.

1.2. LA MEDICINA AVUI

Abans de continuar, voldria presentar el marc actual de la medicina. La medicina ha canviat molt en els dos darrers segles, tant pels avenços científics i tecnològics amb

l'exclusió del factor subjectiu que hi segueix, com pels canvis socials de trencament del vincle que introdueix la lògica capitalista.

Cap a la meitat del segle XX hi va haver quatre grans canvis que van «dislocar» l'ordre mèdic (Lázaro 2003) (Tauber 2011) (Beauchamp i Childress 1999) que abans el metge no tenia determinat i que ara es pot limitar a un horari equiparat al de qualsevol altre professional –, passant per l'exclusió de tot allò que no sigui científic, per la introducció de criteris econòmics i per sotmetre la seva pràctica a avaluació, fins a la pèrdua de la dimensió compassiva de la medicina, especialment en els serveis més tecnificats.

Voldria fer notar que, en aquest marc, es planteja una moral en la qual el metge hi és per curar o voler curar i el pacient, per ser curat o voler ser curat. És un marc moral en el sentit que és el valor que avui es dona a la medicina científica: té la capacitat de curar i mentre que abans el metge podia curar o no, depenent de les poques eines que tenia, avui *pot* i per tant es considera que *ha* de fer-ho. I això suposa que qui està malalt *ha de voler* la curació. A qui s'aparta d'aquest imperatiu moral, se li atribueix certa mala voluntat, un desig de beneficiar-se de la malaltia. Per exemple, quan algú demana la baixa i diu que es troba malament més enllà del que seria raonable segons el que s'espera de certa malaltia; o quan algú manifesta que experimenta un dolor que no s'avé amb el traçat anatòmic o funcional determinat científicament; o també quan algú no pren el tractament prescrit o no segueix les indicacions higièniques. Per descomptat, quan algú agredeix el metge no se li suposa altra cosa que mala fe.

Si, abans, fer front als impassos subjectius dels tractaments mèdics formava part de la tasca del metge, avui es considera que al metge només li correspon el saber tècnic, objectiu, i que allò que aquest saber no abasti no li correspon a ell sinó, en tot cas, a altres disciplines que s'han situat al voltant de la medicina. Com ja he dit, la interdisciplinarietat (Lázaro 2003) ha passat a ser el model d'atenció sanitària i s'ha produït una mena de parcel·lació dels cossos i les vides, cadascuna de les quals serà atesa per diversos professionals. La paraula és, segons que sembla, una d'aquestes parts, i s'ha fet que pertoqui al psicòleg. És així que la paraula ha anat desapareixent de la relació assistencial. Al llarg del treball mostraré que, lluny de pertànyer-li només a

ell, la paraula forma part inextricable del tractament mèdic i que no és una qüestió separable ni accessòria.

Els quatre canvis – la identificació del saber mèdic amb quelcom objectiu, l'autonomisme, la introducció de criteris econòmics per sobre dels clínics i la fragmentació causada per la interdisciplinarietat – determinen la pèrdua del sentit moral de la medicina, que a partir d'aleshores ha de recórrer a una disciplina externa, l'ètica, per resoldre els conflictes que es plantegen i que ja no s'hi consideren interiors.

Lògicament, queda afectada la relació del metge amb el pacient. Si abans el metge s'ocupava del patiment del seu pacient, avui aquesta preocupació esdevé accessòria i més signe d'amabilitat que quelcom intrínsec a la professió. El metge és un tècnic que pot ser, o no ser, amable; que pot interessar-se, o no fer-ho, per la persona del seu pacient.

Al mateix temps, el metge ha perdut l'estatut d'autoritat que abans se li atorgava. També dedicaré un capítol a aquesta qüestió, i aleshores tractaré la diferencia entre els antics metges i els actuals. Vagi per endavant que el metge ha perdut, especialment, l'autonomia de què gaudia en el seu acte. Paradoxa que no entra en tensió amb l'autonomia del pacient, però que hem de fer notar (Tauber 2011, 51). I és que la ciència i la tecnologia han introduït el saber mèdic en un espai en què s'albira a l'horitzó la possibilitat de conquerir un coneixement total i en el què la potència dels instruments no inclou el desig que els ha de conduir. No està decidit prèviament quin és el límit de l'actuació del metge: la ciència mèdica pot tant, que convé aturar-se a pensar si es vol allò que es pot fer. Aquesta qüestió és de màxima importància quan la potència del coneixement li permet d'arribar més enllà d'on el desig podria sospitar, per exemple el manteniment amb vida de cossos on no hi ha cap subjecte que pugui respondre en primera persona, però és igualment prioritària quan es tracta d'aplicar tractaments que tindran conseqüències potser indesitjades o quan la vida aconseguida serà d'una qualitat dubtosa. En aquesta problemàtica, la bioètica ve a l'ajut dels metges per

donar-los eines per a la reflexió i la decisió. És una disciplina externa a la medicina que s'hi afegeix per donar cabuda als aspectes humans de la seva aplicació.

És en aquest context que es fa el pas de la relació paternalista que el metge establia amb els seus pacients a una relació regida per l'autonomia del pacient i el respecte dels seus drets, una relació més democràtica. Si abans el paper del metge es podia equiparar al d'un bon pare que vetllava pel bé dels seus pacients, fins arribar al paternalisme en molts casos, actualment es considera que el pacient és autònom per decidir quin és el seu bé i, per tant, que és qui ha de prendre les decisions sobre el seu cos. El metge no podrà prendre cap decisió sense informar-l'en i sense el seu consentiment.

És partint d'aquesta concepció que s'ha organitzat l'atenció al pacient en la medicina actual. Les raons per fer-ho son fonamentades i les explicaré, però uns anys després d'haver desenvolupat la medicina orientada per aquest principi, convé revisar on ha portat, de quina manera s'ha dut a terme aquest ideal, amb quines conseqüències i fins a quin punt és adequat a la realitat. Sostindré que el de l'autonomia és un ideal que no es realitza. L'autonomia és la filosofia del subjecte contemporani que creu que pot existir independentment dels altres, que creu que el seu *jo* és autosuficient, que creu que és autor del que diu, que creu que la seva raó és autònoma (Freud, El malestar en la cultura 1986). La meva tesi sosté més aviat un acostament a l'autonomia relacionat amb la dependència dels altres i del desig o de la debilitat de la raó i de la voluntat quan comptem amb el patiment del cos. Sostindré que el pacient és autònom en un marc de dependència del seu cos i dels altres. Sostindré la idea que aquesta dependència no nega el dret del pacient a decidir, però que farà plantejar d'una altra manera el camí per arribar-hi.

1.3. INTERROGANTS

En el marc d'una medicina que prometia un millor tractament de la malaltia i una major satisfacció de tots els implicats en l'acte mèdic, apareixen fenòmens que mostren algun problema greu en la relació assistencial: la pèrdua d'autoritat del metge, l'incompliment terapèutic o la violència contra els assistencials en són alguns dels més

estridents. I tot d'una trobem que tots aquells relacionats amb l'acte mèdic es troben desemparats. Els metges, però també els pacients. La dificultat que més m'ha interessat és la de la violència contra el metge. El metge ha passat de ser una figura de l'autoritat a ser objecte de maltractament. El canvi de filosofia en la concepció de l'home i, per tant, de la relació del pacient amb el metge, hi té alguna cosa a veure?

El fenomen de la violència a les consultes mèdiques pot ser llegit des de dues perspectives: la del conjunt dels fets violents com a nou fenomen que interroga el metge i el sistema sanitari i, per un altre costat, la perspectiva del cas individual. El fet que siguin prou nombrosos com per inquietar convida a proposar una pregunta que vagi més enllà del fet individual. Hi ha alguna qüestió estructural que provoqui determinat tipus de reacció? Té a veure amb la tecnificació de la medicina o amb la seva orientació científica? No es tracta d'un moviment violent organitzat, no són una organització de malalts que lluitin per un altre tipus d'atenció, no hi ha un discurs que sustenti aquests actes. Però pot ser que en alguns casos es pugui interpretar com a crida d'atenció sobre aspectes no atesos de la relació clínica? La prova hauria de fer-se cas per cas. No vull dir que els actes agressius siguin justificables, no ho són. Però això no ens excusa de preguntar-nos què està passant, per què es produeixen. La seva repetició ha d'obrir les preguntes i la reflexió.

L'alarma generada en les professions sanitàries és deguda al seu nombre? O més aviat per la violència greu a què s'ha arribat en alguns casos? En la majoria de casos es tracta de crits, insults i amenaces, no de veritables passatges a l'acte agressiu. *Violència* és una paraula excessiva per anomenar el que està passant?

Les dificultats actuals obliguen a la revisió de la relació clínica i els avenços de la psicoanàlisi poden donar llum al plantejament dels problemes i orientar-ne les respostes. Per dur-ho a terme ens fixarem en els desenvolupaments de la psicoanàlisi pel que fa a la transferència i, per tant, a la paraula .

Com ja he dit, la resposta donada des de l'Administració i els diferents gestors sanitaris és legal i de seguretat. S'ha organitzat un fort dispositiu de seguretat a l'entorn dels professionals i també se'ls ha reduït a l'estatut de víctima. És una resposta que no inclou cap reflexió. El meu treball intentarà introduir els interrogants que no s'han plantejat en aquest àmbit i trobar algunes de les raons del trajecte descendent de l'autoritat del metge en les darreres dècades. El treball proposat per al doctorat és l'anàlisi de la pràctica mèdica en la seva vessant relacional des de la perspectiva de la psicoanàlisi en discussió amb els plantejaments de la bioètica. Aquest estudi no pretén analitzar les causes de la violència, que possiblement son moltes i que tenen a veure amb alguna qüestió d'època o amb alguna cosa del discurs actual, tal com introduiré breument. Aquesta violència, a més, no és exclusiva del àmbit mèdic, sabem que s'estén en molts àmbits.

L'objectiu de l'estudi té més a veure amb valorar de quina forma es trama la violència en la relació del pacient amb el seu metge i amb veure de quines maneres es pot i convé respondre-hi. Ja he mencionat les respostes donades actualment. Analitzaré a continuació de quina manera s'ha estudiat fins ara.

Deia Foucault que «El pensament mèdic està compromès per dret propi en l'estatut filosòfic de l'home» (Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* 1985). Si hi estem d'acord, dilucidar el concepte d'home que manega avui la medicina és pertinent per a la recerca en filosofia.

1.4. HIPÒTESI

Després del paternalisme, la necessitat de repensar la relació entre professional i pacient es va respondre amb el principi d'autonomia, però la manera de fer que infon aquest principi exclou el patiment i deixa sol el pacient. Aquesta exclusió té com a efecte la pèrdua d'autoritat del metge i els problemes actuals en la relació amb el pacient.

1.4.1. COMENTARI

Es tracta de la conseqüència d'una concepció filosòfica de l'home que el redueix a la raó. Com ja he dit, la medicina actual, alineada amb aquesta filosofia, elideix el tractament del patiment i de tota qüestió singular del pacient i aquesta elisió és la causa fonamental dels problemes actuals en la relació clínica. Centrada en una perspectiva científica i capitalista, la medicina d'avui exclou aspectes essencials del tractament del malalt. Aquesta exclusió disminueix l'autoritat del metge i planteja problemes greus que es fan palesos en la relació amb el pacient. El passatge a l'acte agressiu no és un fenomen aliè a la relació entre metge i pacient sinó que la concerneix íntimament.

No vol dir que l'agressió sigui necessàriament generada per la relació amb el professional. El que voldria mostrar té a veure amb la idea que poder acollir tots els aspectes personals que acompanyen el fet d'emmalaltir – o qualsevol experiència insuportable del cos – i oferir-ne un tractament possible forma part de la tasca assistencial. No per humanitat, sinó perquè el cos no és aliè als afectes – i al gest i la paraula que els vehiculen –.

Parlo d'una filosofia de la medicina radicalment distinta de l'actual. No es pot pensar aquesta proposta en el marc de la medicina científicocapitalista perquè precisament omet aquests aspectes. No es tracta, però, de tornar a una medicina precientífica. La ciència ha introduït avenços irrenunciables; en aquest sentit, avui la medicina és millor i no hem de cedir en la seva defensa. Es tracta més aviat de trobar una altra manera de concebre'n l'ús.

L'interès d'aquest treball radica a poder copsar que no és indiferent la filosofia amb què s'aborda la ciència, i que hi ha fenòmens als quals la filosofia actual d'aquesta ciència no pot donar resposta. Em sembla que cal, que valdria la pena, reconsiderar quina medicina volem en el nostre món civilitzat.

1.5. DESENVOLUPAMENT PREVIST

La hipòtesi de treball conduirà a considerar si la conversa entre metge i pacient és essencial al tractament, quins principis la mourien i com podria de ser, aquesta conversa.

El trajecte haurà de recórrer:

Una primera part en què proposo:

- Quins problemes planteja la medicina actual als metges: no abusar del poder que es té i trobar la manera de resoldre les eleccions que es plantegen. Els principis de bioètica com a via de solució. Anàlisi del concepte d'autonomia que fonamenta la bioètica tal com s'aplica en l'actualitat. N'he fet la crítica a partir d'un dels problemes més punyents: el de les preferències dels pacients. El conceptes de *gaudi* i de *discurs* introduïts per Jacques Lacan en la psicoanàlisi han servit de guia de resolució i plantegen nous problemes.
- Aquesta anàlisi m'ha dut a plantejar que el concepte de cos no respon a un constructe objectiu sinó a una manera d'entendre la relació entre la paraula i el cos. He distingit el concepte de cos en medicina i concepte de cos en psicoanàlisi. Aquesta distinció ha conduït a plantejar dos subjectes diferents: el subjecte autònom i el subjecte de l'inconscient.
- Ja introduïda la relació de la paraula amb el cos, m'he remès a la medicina antiga, quan el saber interpretatiu era rector. El metge com a sacerdot tenia un poder que no trobem en el metge d'avui. És l'antecedent del metge paternalista, per tant gens aliè a la problemàtica que es planteja en aquesta tesi. La distinció entre el metge d'aleshores i el científic m'ha permès distingir el paternalisme de la funció paterna. He introduït el concepte de *real* de Lacan.
- Tots els capítols han inclòs pistes útils per a l'abordatge d'un patiment que no exclouï el pacient en una medicina científica.

En la segona part del treball:

- M'havia plantejat parlar amb els pacients agressors per trobar les seves motivacions subjectives. Però des dels primers contactes amb els metges per recollir casos, van ser ells els interessats a parlar-ne i vaig decidir seguir aquest desig. He considerat onze exemples concrets que he recollit en converses amb alguns professionals assistencials que han estat agredits per pacients o familiars de pacients.
- Fruit d'aquestes converses, m'he vist en la necessitat de distingir els conceptes d'agressió, agressivitat i violència; també he abordat la seva relació amb la personalitat i amb la relació envers els altres.
- Inicialment havia previst que la teoria del passatge a l'acte de Lacan servís d'orientació, però també en aquest punt em vaig deixar orientar pels metges i vaig preferir introduir i desenvolupar el concepte de *transferència* com a desllorigador de la causalitat de la violència en la consulta mèdica o com a útil en la resposta que s'hi pot donar.
- Paraula, silenci i acte són els instruments dels quals he intentat mostrar la naturalesa i el caràcter essencial en relació amb el tractament del cos.
- He tractat la qüestió de la paraula i la veritat per poder passar al problema de les decisions. En bioètica, en medicina, només hi ha preocupació pel treball sobre la decisió del metge. En canvi la decisió del pacient es pren com una dada, tal vegada com un vot. Ometre el difícil procés de decisió que ha de fer el pacient és un dels grans oblits que condemnen el metge a la pèrdua d'autoritat. He parlat del procés de decisió del pacient i del treball de la demanda que implica tenir-la en compte.

- Espero haver indicat el camí cap un nou model de relació entre metge i pacient: una nova manera de conversar i també una nova manera de parlar dels casos dins de la professió mèdica. Pel mateix motiu, la revisió de casos en un format de taller estarà justificada en la naturalesa de l'acte de decidir.

En les conclusions he recollit aquest recorregut i el que se'n desprèn lògicament.

Espero haver mostrat que la violència a las consultes i, en especial, el seu maneig, com a exemple més notable dels problemes actuals en la relació metge/pacient, és conseqüència d'una manera de fer medicina en la qual s'omet el recurs a la paraula (J. Lacan, El Seminario 5. Las formaciones del inconsciente 1999, 228): la del metge i, especialment, la del pacient. No es pot dir que la manera de fer medicina en sigui la causa, però sí el canalitzador. L'autonomia del pacient s'ha inclòs com la necessitat de recollir-ne el parer com una dada però no en un procediment de conversa que permeti recollir-ne el patiment i l'enterboliment de la raó que aquest suposa. Aquesta manera de fer respon a la filosofia liberal que domina el nostre món occidental.

Com digué el psiquiatre i psicoanalista Jacques Lacan, «si no hi ha paraules, hi ha violència». El treball desplegarà aquesta tesi que transcorrerà junt amb la meua.

1.6. INQUIETUDS QUE HAN MOTIVAT AQUESTA TESI

Aquesta tesi parteix de les inquietuds generades en la meua pràctica assistencial com a psicòloga en un hospital general. La demanda que s'adreça als psicòlegs a l'hospital sovint té a veure amb problemes relacionats amb el vincle entre el professional assistencial i el pacient. Es consulta al psicòleg perquè hi ha l'expectativa que aquest professional podrà acollir millor aspectes del patiment que el metge no té formació per tractar – per exemple, tristesa, inquietud, dubtes o malestar personal –; perquè apareix psicopatologia que requereix un tractament específic; però també quan apareixen problemes relatius al tracte – en serien exemple el fet que un pacient presenti queixes múltiples; incompliment de les prescripcions mèdiques o dels hàbits saludables en què s'intenta educar el malalt o l'aparició d'exigències forassenyades – .

Els meus estudis com a psicoanalista s'han dedicat principalment a la qüestió del vincle entre el psicoanalista i el pacient – d'aquesta qüestió se'n diu *transferència* en llenguatge de la psicoanàlisi – i m'ha interessat molt la naturalesa i maneig de la relació amb el metge en medicina, per tant de la *transferència* del pacient al metge.

Els meus anteriors treballs sobre la *transferència* partien de la relació amorosa (A. Teixidó, El desig de l'analista. Transferència i pulsó (DEA del Instituto del Campo Freudiano) inèdit) que la relació mèdica pot generar i del maneig que el metge en pot fer per utilitzar-ho com a palanca de la teràpia. En aquests treballs es copsava que un mal maneig de la *transferència* es convertia en un obstacle per al tractament.

Les reflexions que puc fer orientada per la psicoanàlisi de Lacan, poden ser útils als metges? La hipòtesi s'ha desenvolupat en la idea que, allò que tant la medicina del capitalisme com una manera dominant d'entendre la bioètica obvien – el desig, el patiment, la paraula constituent i la debilitat de la voluntat –, la violència intenta introduir-ho de la mala manera.

No hi ha una resposta de les institucions en què es llegeixi que hi ha hagut un interès per esbrinar què passa, per què tot d'una els pacients i els seus familiars de vegades es revoltent contra metges i altres assistencials. He mostrat que un dels factors que influeixen a l'hospital és l'abandó de la clínica, de les formes que dignificaven el pacient i el metge. I és que, si el pacient surt malparat de l'operació d'exclusió del patiment, els metges no en surten en millors condicions. Els metges d'avui pateixen molt perquè no tenen maneres d'entendre la relació amb el pacient.

Finalment, he comptat amb l'imperatiu de gaudi generalitzat, l'obligació de ser feliç que condemna a la insatisfacció permanent i a la negació de la pèrdua. La violència correspondria a la lògica del retorn de mala manera del patiment rebutjat pel discurs capitalista. Tant per al metge com per a l'agressor, perquè si el primer ha estat tractat com a víctima, queda per saber de què pateix qui ha agredit.

La psicoanàlisi pot ser útil a aquest propòsit.

1.7. PER QUÈ LA PSICOANÀLISI?

La psicoanàlisi – que va néixer en el si de la medicina – podria considerar-se com la part de la medicina que s'ocupa dels efectes de la relació entre metge i pacient en l'emmalaltiment i en la malaltia. Al principi només la podien practicar els metges i hi havia dubtes sobre la possibilitat que altres professionals la practiquessin (Freud, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1926e) 1979). Sorprenentment, és una part de la medicina que ha quedat segregada i avui gairebé cap psicoanalista és metge. Nogensmenys, la relació metge/pacient no deixa de tenir efectes en els tractaments, però avui en dia els metges estan més atents a la reacció violenta, tal vegada a l'odi. Em sembla una qüestió a la qual hem de donar la màxima importància perquè concerneix el nucli de la professió mèdica. Si els autors sobre relació clínica coincideixen en el fet que la confiança és fonamental (M.-A. Broggi, *Per una mort apropiada* 2011, 56) (Lain Entralgo, *El médico y el enfermo* 1969) (Tauber 2011) (Irizar, *La pérdida del humano* 2014, 141-173), la desconfiança, fins i tot l'odi, no és un fenomen que es pugui considerar al marge d'aquesta relació com s'està fent.

Em sembla que al llarg del treball quedarà aclarit que la psicoanàlisi no tracta del psíquic sinó que tracta del psíquic lligat a un cos. El cos és fonamental en la praxi psicoanalítica, de manera diferent a com ho és per als metges. «Psicoanàlisi» és un terme que ha posat l'accent sobre l'anàlisi de les causes o circumstàncies psicològiques de la malaltia i ha quedat relacionat principalment amb psicopatologia, separada del tractament del cos; quan en realitat la psicoanàlisi procedeix pel treball a partir del cos i amb efectes en el cos. Per tant, podríem dir que la psicoanàlisi està lligada indissolublement a la medicina perquè s'ocupa dels efectes de la paraula, i per tant de la relació assistencial, en el cos. Actualment, la psicoanàlisi també s'interessa per saber com influeix el cos en la paraula².

² Tots els treballs actuals en psicoanàlisi sobre el concepte de «parlêtre» – que podríem traduir com «cos que parla» – apunten en aquesta direcció.

És a dir, la psicoanàlisi s'ocupa del *factor metge* en el tractament. L'estudi de la manera com la funció mèdica i la persona del metge influeixen en l'emmalaltiment i en seguiment de prescripcions és fonamental per comprendre els problemes actuals de la relació clínica. És un problema filosòfic i un problema clínic. En el capítol de la concepció de cos, veurem amb detall que va ser a causa del problema de la suggestió del metge que es va abandonar l'ús de la paraula en medicina, just en el mateix moment en què – i pel mateix motiu - va aparèixer la psicoanàlisi.

Hi ha conceptes específics – *gaudi* i *discurs* - que convé aclarir i que seran esclarits en el primer capítol, enllaçats amb l'exposició. M'aproximaré al concepte de *real* en el capítol «L'abandó del paternalisme i el problema de la pèrdua de confiança». Finalment, el concepte de *transferència* que ja he mencionat, i que es refereix a la vinculació del pacient amb el seu metge, serà desenvolupat en un capítol específic quan ja hagi presentat els casos recollits.

1.8. PER QUÈ A LA FACULTAT DE FILOSOFIA?

Perquè la meua conversa se sosté amb els professionals de la bioètica. Quan apareixen els problemes ètics en medicina, no s'acut a la psicologia si no a la filosofia. La psicologia actual s'ha alineat a la manera de fer científica i per això es troba amb els mateixos problemes que la medicina perquè ha d'excloure la subjectivitat del tractament.

Les preocupacions i recerques de la psicoanàlisi són més properes als plantejaments de la bioètica que als de la psicologia.

1.9. DISTINCIÓ ENTRE MORAL I ÈTICA

Finalment, voldria explicar com manegaré els conceptes d'ètica i moral.

L'ètica és la reflexió sobre la bondat o maldat dels actes humans. Implica que no se sap què és bo, dolent, millor, pitjor, correcte o incorrecte. No hi ha un concepte de bé garantit. Ens plantejem que una qüestió remet a l'ètica quan no hi ha un bé segur: en medicina, per exemple, deixar viure més temps a un pacient, posar en marxa recursos terapèutics que el faran viure més temps però amb mala qualitat de vida o no fer-ho. L'elecció podria ser entre viure més temps encara que sigui en pitjors condicions o viure menys temps però amb més qualitat de vida. Cada una d'aquestes decisions suposa diferents conceptes de bé: és un bé viure més o el bé seria viure millor? Les dues són opcions possibles.

La *moral* remet a un bé i un mal ja fixats, en relació als quals ens mourem. Determina la desviació amb relació a una conducta regida per un bé acceptat en la nostra societat. Hi ha una idea de bé i una idea de mal, i l'actuació està d'acord amb aquesta idea o no ho està. Aleshores diem que la conducta és moral o immoral. Per exemple, robar és immoral amb relació a un bé que és la propietat privada.

En aquest treball, consideraré que una conducta moral, o immoral, també implica una decisió ètica en el seu origen. La moral consistiria en haver fixat allò que la ètica va escollir. A partir d'aleshores, la moral funciona de manera assumida i no reflexionada, inconscient.

Podem prendre com exemple un fet de la història de la humanitat que va influir molt en la reflexió bioètica: els metges nazis varen tenir un paper destacat per la seva maleficència, però hi havia una moral que justificava els seus actes. Si considerem que suposa l'assumpció d'una decisió ètica personal, la conducta dels metges nazis es pot llegir com una elecció fruit d'una posició ètica personal. Una posició ètica que ens sembla deplorable però que no és sinó una elecció en tant que els en considerem responsables. La seva és una concepció de l'home en què la vida d'uns pot ser utilitzada per a fins de la investigació dels altres i en què no importa el patiment que se'ls infligeixi. Per a ells hi havia homes que mereixien ser tractats com a objectes i privats de la dignitat humana. És perquè considerem que és una elecció que en podem

demanar responsabilitat. Si consideréssim que és una malaltia, un trastorn neuronal, o si consideréssim que el marc moral s'hereta però no s'assumeix, no en podríem demanar responsabilitat moral, ni penal en aquest cas. De fet, aquests actes varen ser uns dels que varen impulsar els canvis en l'abandó del paternalisme en medicina i el sorgiment de la bioètica.

De la mateixa manera, també podríem demanar responsabilitat a qui roba i podria ser que els seus arguments ens fessin considerar que en aquell cas estava justificat. Així va quedar absoluta no fa massa una dona pobre que havia comprat bolquers i llet per als seus fills amb una tarja de crèdit que es va trobar. En aquest cas, el bé de la propietat privada va passar per sota del bé de tenir cura dels propis fills.

Em sembla que en la bioètica hi ha una orientació a obtenir un codi moral: la pregunta es fa en relació a un bé o un mal que es podrien definir *objectivament*. El consens serveix com a mesura de validació.

Per tant, el que voldria dir en primer lloc és que sempre hi ha decisions per prendre. Seguir una conducta d'acord amb la moralitat de la nostra època és una decisió, encara que sigui inconscient, no reflexionada i assumida sense haver-ne fet una valoració. I també seguir una conducta contrària és una elecció. Pot ser inconscient, però serà elegida sempre que considerem que hi ha una responsabilitat en la pròpia conducta. La responsabilitat de què parlo no és moral o judicial, sinó personal i social. Es tracta de poder donar raó del que s'ha fet i assumir-ne les conseqüències.

És a dir que, tant si és en el terreny de l'ètica com a decisió que s'ha de sostenir personalment com si és en el camp de la moral, on només cal dur a terme el que ja ha pensat la societat per nosaltres, hi ha una elecció subjectiva, sigui conscient o inconscient. Totes dues opcions són legítimes, la majoria de decisions de la vida les realitzem basant-nos en la moral que tenim. Però el que cal copsar és que, encara que sigui inconscient, sempre hi ha una decisió de la qual el subjecte pot haver de

respondre. La psicoanàlisi es remet a l'ètica de la posició personal i, per tant, aquesta distinció li resulta clau.

PRIMERA PART:

EL PRINCIPI D'AUTONOMIA EN BIOÈTICA VIST DES DE LA PSICOANÀLISI

2. EL PRINCIPI D'AUTONOMIA I EL PROBLEMA DE LES PREFERÈNCIES

Al darrere de tots els debats sobre la moral, hi trobem la ignorància del gaudi.

Eric Laurent

2.1. INTRODUCCIÓ AL PRINCIPI D'AUTONOMIA

Etimològicament, *autonomia* significa la capacitat per donar-se la llei a si mateix. *Autos*, un mateix; *nomos*, llei.

És un concepte que té moltes utilitats i al qual s'han donat molts sentits. No realitzaré un estudi exhaustiu del concepte, em limitaré al que interessa en el present treball.

2.1.1. Vessant filosòfica del concepte d'autonomia

El concepte d'autonomia el coneixem amb els grecs que el consideraven en relació amb la política. Era autònoma aquella ciutat que tenia capacitat d'autogovern i que podia dictar una *llei pròpia*.

Al segle XVI, en el domini de la religió, es va equiparar al lliure albir i s'estengué a l'àmbit personal, entenent que es tractava de la capacitat de defensar la pròpia idea de bé i les pròpies apetències. Els filòsofs es referien bàsicament a la llibertat de consciència religiosa (Conill 2013). El concepte de llibertat suposava que l'home podia decidir i donar sentit a la moralitat.

A partir dels segles XVII i XVIII, amb Kant, el concepte d'autonomia va prendre importància decisiva en filosofia (Kant 2008). Ell aportà un nou concepte d'home contra les teories naturalistes i tota classe de dominació externa sobre l'home. Per a ell, la racionalitat dota l'home de la facultat de governar-se per si mateix sense quedar sotmès a la naturalesa animal ni a la influència dels altres. S'adonà que l'home no està guiat per l'instint i per tant que ha de preguntar-se pel sentit de la seva acció. Una de les seves preguntes fonamentals és *què he de fer?*

Però per a ell, especialment, la raó de l'home és autònoma per poder escollir sempre el bo i l'universalment vàlid prescindint d'inclinacions naturals i d'altres influències alienes al *jo*. Kant posava en el centre de la vida la raó humana i l'imperatiu que aquesta determina sobre els impulsos naturals. Amb aquesta idea d'home, explicava el sentit de l'impuls moral sense necessitat de fonamentar-lo religiosament. Per a Kant, tot home tenia la capacitat de percebre el mandat moral i actuar en conseqüència.

La concepció moderna de l'home fou forjada amb aquesta tesi.

Per a Kant, l'home, diferenciat del animal, pot reflexionar i ser conscient de l'obligació categòrica de la llei moral. *L'autonomia de la voluntat és el principi suprem de la moralitat*, de manera que una elecció sempre serà en el sentit d'una llei que podria ser universal. La voluntat lliure sempre és voluntat sotmesa a les lleis morals.

Kant sempre dona prioritat a la «raó pràctica pura» que permet actuar l'home, en tant que ésser racional «d'acord amb la seva idea de les lleis, val a dir d'acord amb uns principis» (Marzano, Consiento, luego existo 2009 , 61).

En qualsevol cas, el límit de les actuacions és el de la dignitat de l'home.

Mill va defensar l'autonomia – encara que mai va utilitzar el terme (Marzano, Consiento, luego existo 2009 , 65) – que, com la llibertat, dona el dret d'escollir allò que es vol. Per a Mill el bé es determina individualment i la voluntat és lliure amb el límit de les eleccions i decisions dels altres (Mill 1970). La capacitat de l'individu és un altre límit a aquesta llibertat, per tant els incapaços no en poden gaudir. Pensa en un home governat per la raó i és optimista que l'home sabrà elegir i dur a terme el seu pla de vida d'acord amb les «facultats nobles» (Marzano, Consiento, luego existo 2009 , 67).

Kant i Mill són filòsofs que confien en la raó del home.

En canvi, per a filòsofs com Hume (Hume 2005) i Nietzsche (Nietzsche, La genealogia de la moral 2010), el pensament dels quals prové de les tesis iniciades per Shopenhauer (Shopenhauer 2009), la raó no determina l'elecció. Per a Nietzsche la raó neix en el cos i

per això és impura. No hi ha, en la seva manera de presentar-ho, lloc per a la independència de la raó. Per a Hume moral i raó constitueixen àmbits distints, perquè són de diferents matèries i per tant, independents (Hume 2005, llibre 3, part 1).

En la bioètica actual, prevalen els conceptes de Kant i Mill.

2.1.2. Vessant legal del concepte d'autonomia

Per altra banda, podem considerar l'autonomia des d'una vessant legal, és a dir, l'home lliure té la capacitat i el dret de pensar, decidir i actuar per si mateix i aquesta possibilitat és regulada legalment en els països subjectes a l'imperi de la llei. Aquest pressupòsit és un postulat bàsic de la filosofia política liberal en què es fonamenten les democràcies actuals.

A més s'ha convertit en un concepte principal al voltant del qual s'estructuren les relacions entre els individus en general – i, per tant, entre metge i pacient –. Entenc en aquest sentit l'autonomia del pacient en el marc de la relació sanitària que s'estén a diversos àmbits de la seva relació amb el metge – des de la privacitat de les informacions fins al dret a rebutjar un tractament o a decidir en quin moment es retira un tractament actiu, podent acabar la vida en fer-ho –. Aquest dret es regula legalment.

A la filosofia del liberalisme s'hi afegí la nova moral que es plantejà en medicina a partir de la Segona Guerra Mundial, que va tenir el seu reflex i va quedar assegurada en la regulació legal. Les Nacions Unides, la UNESCO i la OMS són organismes que s'han mostrat decidits en aquest sentit. Més recentment també la UE. Per altra banda, la Declaració dels Drets Humans del 1948 ha estat considerada en totes les constitucions promulgades posteriorment. Els documents i declaracions orientadors han anat adquirint més força a partir de la voluntat legisladora.

A Catalunya, la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica va ser pionera respecte a la resta de l'estat espanyol. En aquesta llei s'especifiquen els drets del pacient en relació amb la informació sobre la seva salut i amb l'autonomia de la seva decisió expressada en els documents de consentiment informat i voluntats anticipades. També recull l'orientació del Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets del home i la seva dignitat amb relació a les aplicacions biològiques i mèdiques:

... Darrerament, cal subratllar la rellevància especial del Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina (Conveni sobre els drets de l'home i la biomedicina), subscrit el dia 4 d'abril de 1997, el qual ha entrat en vigor a l'Estat Espanyol l'1 de gener de 2000. Aquest Conveni és una iniciativa cabdal: en efecte, a diferència de les diverses declaracions internacionals que l'han precedit en el temps, és el primer instrument internacional amb caràcter jurídic vinculant per als països que el subscriuen, i la seva especial vàlua rau en el fet que estableix un marc comú per a la protecció dels drets humans i la dignitat humana en l'aplicació de la biologia i la medicina. El Conveni es refereix expressament i amb deteniment a la necessitat de reconèixer, en diversos aspectes i amb una gran extensió, els drets dels pacients, entre els quals ressalten el dret a la informació, al consentiment informat i a la intimitat de la informació relativa a la salut de les persones, tot perseguint l'assoliment d'una harmonització de les legislacions dels diversos països en aquestes matèries; en aquest sentit, esdevé del tot convenient de tenir en compte el Conveni en el moment d'abordar el repte de regular qüestions tan importants (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica 2000)

En la legislació espanyola, a la Constitució es parla de drets sense que hi hagi una referència a l'autonisme (Seoane 2013). Posteriorment, la Ley 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de la autonomía del paciente va reconèixer expressament l'autonomia decisòria dels pacients i la seva formalització en un document de consentiment informat. Aquesta llei es va afermar amb la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Actualment, s'ha limitat l'autonomia dels joves menors en matèria de consentiment (Article 1263 de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación

del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia 2015)³ que la llei espanyola de 2002 i la llei catalana de 2000 donaven.

2.1.3. Tipus d'autonomia

De l'àmbit legal sorgeix la distinció entre autonomia informativa, decisòria i funcional o executiva.

L'*autonomia informativa* es refereix a la capacitat del pacient per rebre les informacions sobre el seu estat de salut. L'*autonomia decisòria* té a veure amb la presa de decisions que concerneixen el cos i la vida. En medicina només es considera com a la possibilitat de rebutjar un tractament mèdic però no se'n parla tant en relació amb altres decisions del pacient que sí que estan regulades legalment⁴, per exemple el lloc en què vol viure després de l'alta hospitalària – punt en el qual no sempre es compta amb el parer del pacient —. Finalment, l'*autonomia executiva* té a veure amb la capacitat de dur a terme les decisions. És una distinció important.

En l'àmbit sociosanitari, sovint trobem persones que tenen l'autonomia funcional i l'executiva molt disminuïdes i que són, això no obstant, perfectament capaces de prendre decisions sobre la seva vida. Malgrat això, sovint se'n menysté l'autonomia decisòria per raó de la discapacitat funcional i executiva. Igualment el malalt mental pot veure afectada la seva autonomia funcional perquè es considera que l'autonomia decisòria està alterada. Amb els dements és una frontera delicada i el seu estat fa difícil l'afrontament de les vies clíniques de sortida, la conversa amb el pacient. Considero que convé no oblidar el treball en aquesta línia que, per altra banda, és molt interessant ja que ens ajuda a definir i comprendre millor la suposada autonomia de les persones.

³ Article 1263 de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

⁴ Apartat g de l'article 4 del títol preliminar del la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

En general, en els estudis sobre l'autonomia de les persones el que es considera és l'autonomia decisòria. També en el present estudi m'hi referiré. Voldria fer notar que hi ha certa tendència a assimilar la llei a la clínica i a la moral, de tal manera que es considera suficient acomplir la llei per acomplir la funció clínica i el mandat moral. El marc moral i el clínic superen de molt el legal. Si bé la legislació per al consentiment informat i les voluntats anticipades milloren el marc legal i la seva aplicació, no es preocupa – i no ho ha de fer – dels aspectes clínics relatius a tota decisió. Informar el pacient és necessari, també respectar-ne la negativa a ser informat. Les conseqüències de les informacions són diverses i d'això no se n'ha d'ocupar la llei si no el clínic. Quan es redueix la moral a la llei, es perden aquestes qüestions centrals en la relació clínica.

2.1.4. El principialisme en ètica mèdica

En aquest sentit el *principi d'autonomia* – un dels quatre que regulen la bioètica i que es refereix sobretot a l'autonomia informativa i la decisòria – va ser introduït en medicina després dels abusos que els metges nazis cometeren a la Segona Guerra Mundial (T. L. Beauchamp 1999) i també després d'altres abusos en recerca mèdica, per exemple al Japó o als EEUU (Montero 2009, 35-59). Amb el concepte d'autonomia es pretenia posar un límit que evités que el pacient fos tractat com un objecte.

A més, aquella situació va posar de relleu la posició paternalista dels metges clínics i es va començar a plantejar la possibilitat que el pacient pogués opinar i decidir sobre els seus tractaments. Així es va plantejar que el pacient autònom era aquell que podia «reflexionar sobre els seus objectius personals, decidir per si mateix i actuar d'acord amb aquesta reflexió» (Marzano, *Consiento, luego existo* 2009 , 85) i, per tant, participar en les decisions del tractament mèdic a seguir.

Com he dit, no només hi havia abusos per part dels metges nazis, el cas *Tuskegee* (Heller 1972) és cèlebre per la seva maleficència: amb l'objecte d'estudiar l'evolució de la sífilis a la comunitat negra d'Alabama, l'assaig clínic va deixar sense medicació a tot un col·lectiu de pacients afectats de sífilis entre els anys 1930 i 1972. Els pacients no

sabien que eren objecte d'un experiment, ni van ser informats de la malaltia que patien. Les conseqüències sobre molts d'ells varen ser aterrades. A partir del debat social generat quan es va revelar aquest fet, el Congrés dels Estats Units va crear una comissió nacional de bioètica⁵ per tractar el tema de l'experimentació amb éssers humans. Aquesta comissió va elaborar l'Informe Belmont (Reserach 1990) l'any 1974, en què es proposen els *principis* com a rectors de la pràctica mèdica: els proposats varen ser els de beneficència, autonomia i justícia. Aquest informe va orientar el destí de la bioètica actual.

M'agradaria destacar que en aquesta comissió es van trobar metges, juristes, filòsofs, psicòlegs i líders dels drets civils, tots ells de diferents orientacions i que varen tenir molts desacords mentre mantingueren la discussió a nivell teòric. Per a resoldre-ho varen decidir analitzar casos individualment i així va ser com pogueren arribar a acords i establiren els principis que des d'aleshores orienten la bioètica. Un altre text molt important sorgit d'aquest treball va ser el de Beauchamp i Childress (Beauchamp i Childress 1999) que va aplicar els postulats de l'Informe Belmont a la pràctica clínica.

En medicina no hi havia hagut cap reflexió sobre la llibertat del malalt fins aleshores. Si considerem el jurament hipocràtic, no hi ha cap referència a la llibertat del malalt, es tracta de tendir al bé, no fer mal i en tot cas l'únic límit en què es té en compte la persona del malalt és en el que es refereix a la preservació la confidencialitat. Es considerava implícitament que el metge faria un bon ús del poder que li atorgava la seva posició. Però, al segle XX, en trobar-se amb l'horror de l'abús que podia cometre es posaren límits al poder del metge en la recerca i d'aquí s'estengué a la clínica.

La relació de cura duu sempre una filosofia implícita i convé mantenir la reflexió permanentment oberta. S'ha volgut preservar els subjectes atesos del mal que pot esdevenir en la relació quan el poder d'un sobre un altre és inevitable, però hem

⁵ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Comissió Nacional per a la Protecció de Persones Subjectes a Experimentació Biomèdica i de la Conducta.

d'avançar en la reflexió ètica al voltant del significat d'aquesta autonomia perquè considero que ha caigut en un extrem contrari en obviar els aspectes de la dependència dels altres i del cos.

Si bé el concepte que es manega quotidianament té més a veure amb la idea que tenim dret a fer el que volem amb el nostre cos perquè som lliures – idea reflectida en la filosofia d'Steiner (Puyol, Un fundamento inesperado para la autonomía en la bioética actual 2016, 29) i les filosofies que prenen el cos com el territori inalienable del jo⁶ –, s'ha tendit a fonamentar els principis de la bioètica en la filosofia de Kant i de Mill perquè suposen una concepció d'home que posa de relleu no només la seva llibertat si no la primacia de la raó en el seu exercici. En medicina clínica va suposar el respecte de les decisions i la voluntat d'un pacient que pot rebutjar un tractament proposat. Sent irrenunciable en el seu plantejament, s'ha aplicat de tal manera que suposa la supressió de la *demanda* del pacient: quan pensem l'autonomia no pensem què és el que demana el pacient sinó que només es considera en relació als oferiments que li fa el metge i que ell pot acceptar o rebutjar. Aquesta és una de les tesis que defensaré en el present treball. És a dir, està més destinada a limitar el poder del metge que a desenvolupar la iniciativa del pacient.

2.1.5. Autonomia a l'americana i autonomia a la francesa

És important distingir també els diferents punts de vista que existeixen sobre l'autonomia als EEUU i a Europa. Seguiré en això la distinció que recullen Ehrenberg a *Le malaise dans la société* (2010) i Michela Marzano a *Consiento, luego existo* (2009).

2.1.5.1. Autonomia com a condició: els Estats Units d'Amèrica

Als Estats Units d'Amèrica l'autonomia es planteja com un tret constitutiu del individu i és el fonament de la vida social. En relació amb el fons purità d'aquesta cultura, en el món profà el subjecte és un agent moral independent que ha de ser lliure en les seves eleccions. Segons aquesta concepció, la societat està formada per individus

⁶ Les filosofies *queer* per exemple.

independents que es determinen i actuen per sí mateixos. L'individu i la seva llibertat estan al centre de qualsevol reflexió i són prioritaris davant de la comunitat en què viuen.

Més difícil de sostenir com més complexa és la societat, segueix essent una condició fonamental de la vida privada i pública.

Vist des d'aquesta perspectiva, l'emmalaltiment del subjecte és també el de l'autonomia. Per sobre de tot, les dificultats ho són de la potència individual. La depressió és la malaltia tipus de l'home autònom que no pot dur endavant el seu desig. El model d'home ideal és el *self-made-man* però, en contrast paradoxal, és en aquest país que trobem milions de ciutadans que no accedeixen als mínims de protecció social. La majoria de nord-americans, malgrat aquesta contradicció, es neguen que l'estat intervingui en favor dels desemparats.

Aquesta manera de concebre l'home està fonamentada en la concepció de Mill.

2.1.5.2. L'autonomia com aspiració: Europa

A França, en canvi, l'autonomia ho és sempre en un marc de vida social que preval per sobre de l'individual i que té més a veure amb l'emancipació que amb la constitució del *jo*. L'estat és responsable de proveir el que és necessari per a l'autonomia individual. La trobaríem fonamentada en la filosofia kantiana i podríem dir que tracta de la limitació de la llibertat segons el límit de la dignitat humana.

Em sembla que podríem aplicar aquest esquema francès a la manera de fer europea, on trobem que els estats es preocupen de protegir i fins i tot de satisfer les necessitats bàsiques dels individus. Però a partir de la crisi dels anys 70, la societat europea va anar en el sentit d'una major desregulació i per tant, de desprotecció dels ciutadans. Semblaria que hi ha una tendència a assimilar el tipus de societat a la nord-americana, l'ideal de la filosofia política d'un home que escull lliurement es va constituint en l'ideal de l'home occidental (Ausín 2009, 172).

Ara bé, tal com assenyala Michela Marzano, tant en el cas americà com en el francès l'orientació és la *raó individual* que es considera guia de les eleccions humanes. Per tant, podem deduir que en tots dos casos estem lluny de la realitat, especialment en les situacions de malaltia que, podríem dir, enterboleixen la raó. En el seu text *Consiento, luego existo* Marzano es refereix a dues situacions de màxima vulnerabilitat humana: la malaltia i la sexualitat. Prendré algunes de les seves idees juntament amb les meves en l'anàlisi que desenvolupo a continuació. Aquesta autora també s'orienta per la psicoanàlisi lacaniana.

Intentaré mostrar – i és la tesi fonamental del meu treball - que aquesta manera autonomista de concebre l'individu pot deixar-lo sol en els moments de vulnerabilitat i els problemes que es plantegen per aquest motiu, i proposaré vies de solució des de l'àmbit de la psicoanàlisi. Per a desenvolupar-ho, la pregunta principal que em plantejo és la següent: *podem dir que veritablement la raó és autònoma?*

L'home, que sap que no és com els animals que depenen d'un instint, se'n vol independent. Igualment, l'home, que sap que pot distingir-se dels altres, vol ser independent dels homes i decidir sense la seva coacció ni influència. Vol, ho pot imaginar, però pot? No hi ha dependència de l'instint, és cert, però ens podem separar del cos? Som diferents els uns dels altres, cert, però podem prescindir dels altres?

En què interessa això la medicina? Intentaré mostrar que la interessa perquè el malestar del cos que emmalalteix i ocupa el metge influeix en les decisions del pacient; i també la interessa perquè la paraula és essencial en el procés de decidir i, per tant, el paper de l'interlocutor – del metge en el nostre cas – no és mai innocu.

2.2. AUTONOMIA I REALITAT CLÍNICA

Abans de passar al següent apartat, voldria destacar que tot allò que tractem teòricament s'ha d'anar polsant en la clínica i que en fer-ho constatem que no trobem gaire sovint pacients que es mostrin en tot moment completament clars en les seves

decisions, més aviat trobem pacients dividits, pacients que dubten i també pacients que rebutgen els tractaments sense que els metges en coneguin els motius.

Quan el pacient rebutja un tractament, al metge influït pel concepte liberal d'autonomia se li presenta un dilema ètic. És a dir, no considera directament que ha de respectar l'autonomia del pacient sinó que vol deliberar perquè no li sembla bé la decisió del malalt. Veiem també que el metge científic no considera que hagi d'interrogar el pacient ni que l'hagi d'ajudar, a ell, a deliberar. El que diu el pacient és una dada que entra en l'algoritme de decisions del metge.

El que potser hi ha per sota d'aquesta manera de fer és una filosofia segons la qual el sol fet que una decisió sigui del subjecte fa que sigui bona (Camps, Autonomía, el principio "por defecto" 2011), oblidant que el contingut de la decisió pot ser del tot contrari a la bondat i oblidant també que respectar la decisió d'un pacient pot implicar no acompanyar-lo en la seva decisió, ben difícil quan es refereix a l'acceptació o rebuig d'un tractament i, per tant, produir un estranyament de la relació.

Com explica Tauber, metge ell mateix, en una ocasió en què es trobava molt malament i no sabia què decidir respecte de la intervenció que havia de ser feta, el seu metge va decidir esperar a obtenir la decisió del malalt i no resoldre-ho ell mateix. El que es va produir va ser que el malalt considerés que «el meu metge em va abandonar a la meva angoixa». Respectar el dret del pacient en un moment de molt de patiment pot ser abandonar-lo en la seva angoixa (Tauber 2011, 105). Igualment, un altre metge, Marc Antoni Broggi, utilitza el terme «abandonar el pacient als seus drets» (M.-A. Broggi, Per una mort apropiada 2011, 156) fent referència als problemes de l'autonomisme.

En el fons sembla que aquests professionals sanitaris esperen que el malalt farà servir la seva autonomia per expressar de manera independent un desig que coincideixi amb el que el metge també prendria, un desig que el metge trobi universalitzable. Si no coincideix, el metge es planteja un dilema ètic.

Per exemple, el pacient vol tornar a casa seva i el metge considera que el pacient no està en les condicions físiques, mentals i socials per fer-ho. El malalt argumenta correctament el seu desig de tornar a casa i el malestar per la dependència. Però se sap que allí no estarà ben cuidat perquè anteriorment se l'ha trobat en molt males condicions personals. El metge vol cuidar però no pot imposar la seva voluntat de mantenir el pacient ingressat. I no vol que el pacient retorni al domicili. Intenta parlar amb la família més propera, que hi està d'acord i que no podrà fer-se'n càrrec, però no sap com retenir el pacient. Intenta la incapacitació, però el malalt no és declarat incapac.

Estem davant d'una decisió molt dolorosa per al metge perquè si no dona l'alta nega la capacitat al pacient de decidir per si mateix i, si la hi dona, sap que acabarà en molt mal estat. Què pot fer? Ens trobem davant d'un problema que escapa a la raó.

Els pacients rarament reclamen el dret a la seva autonomia, com demostren alguns estudis. Per exemple, el 2010, una recerca de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Delgado, i altres 2010) mostrava que la majoria de pacients preferia que els metges els escoltessin, però no decidir sobre el tractament sinó deixar al metge l'elecció. Un estudi una mica anterior, del 1997, recollit per Tauber, indicava que menys del 25% dels pacients parlen amb el metge de la presa de decisions crítiques (Tauber 2011, 111) perquè prefereixen no haver de tractar aquests assumptes en absolut. Així que un nombre significatiu de pacients prefereixen que esculli el metge però abans volen ser escoltats. Per què?

Això ens ha de fer molt curiosos en el moment de decidir les orientacions, perquè les fem pensant que s'ha de parlar de tot això amb els pacients perquè són decisions que concerneixen la seva vida, però resulta que la majoria no hi volen ni pensar. És a dir que, com conclou amb ironia el mateix Tauber, estem parlant d'un ideal d'autonomia que en realitat no gaudeix d'*acceptació universal* (Tauber 2011, 112).

Finalment, si pensem en la clínica, convé pensar en el tipus de llaç que estableixen metge i pacient. Abans la confiança es considerava natural i positiva en aquesta relació,

però avui no es considera essencial perquè es dona més importància a l'eficàcia dels remeis i a l'eficiència econòmica. El contracte és el model de relació personal més ben valorat en la medicina científica del capitalisme.

[citant May:] ... la relació entre metges i pacients ha estat tradicionalment com un conveni i no com un contracte. Aquest conveni es fonamenta en la confiança mútua, sota la forma d'un acord tàcit entre metge i pacient en el qual ambdós reconeixen els drets, deures i obligacions que els uneixen durant aquesta trobada.

L'ètica gerencial aplicada a la medicina ha resultat ser una de les forces més poderoses en els sistemes de salut dels Estats Units i en aquells que segueixen el seu model. Aquesta ètica s'ha convertit en una de les amenaces més importants per a aquest conveni tradicional (López Jaramillo i Holguín Lew 2013)

És una ètica que atempta contra el conveni basat en la confiança. Em sembla que el fet que es prefereixi l'ètica gerencial és conseqüència d'un ús de la paraula que, en no comptar amb la dimensió enganyosa, la dimensió del malentès del llenguatge, ha de dur la relació a una dimensió exclusivament legal. Quan no quadren paraules i fets i no es disposa d'una teoria del desig, caldrà la llei per decidir allò que el professional rebutja decidir perquè el seu acte seria l'únic que restituiria els comptes sense quadrar-los. Tornaré a la qüestió de la confiança en l'apartat «Paternalisme, autonomia i confiança».

Lògicament, un subjecte que es considera responsable del que diu i fa en clau exclusivament legal ha de respondre legalment de les desviacions de la conducta esperada i això deixa el problema fora de la relació amb el professional.

Això ha dut a debats en el si de la sanitat i del dret quan es copsa que hi ha certa injustícia; però, en l'àmbit del autonomisme pur, no fer-ho així podria representar una intromissió paternalista (Gascón Abellan 2007)⁷. L'àmbit en què això crea problemes és el del rebuig del tractament que posa en risc la vida, l'avortament i l'eutanàsia. És a dir, les qüestions que remetent al sexe i a la mort. Són els mateixos llocs de la vulnerabilitat

⁷ Veure també el comentari editorial de Carmen Tomás-Valiente Lanuza del mateix article.

humana, recordem que Marzano ja citava la malaltia i l'amor com a indrets de vulnerabilitat.

2.3. L'AUTONOMIA: DESVIACIONS

L'experiència moral es fonamenta en el lliure albir i la responsabilitat personal. Si l'home no és lliure, l'ètica i la moral no tenen cap sentit.

Valorem i fem valer la capacitat de decidir de cada home. Però, com intentaré mostrar en aquesta tesi, decidir no és fàcil, els moments de llibertat són difícils d'habitar, i l'home sol buscar referències per orientar-se. Així li serviren els déus, abans, i la ciència, avui. Era bo el que déu aprovava, era dolent el que déu desaprova. Avui és la ciència qui aprova i desaprova, sovint ho fa la medicina científica – com veiem en la quantitat de regles de conducta que es basen en el que és bo per a la salut – (Szasz 1981, 15): tot el que tendeix a la salut és considerat moralment bo. Bé i mal són conceptes relatius als valors morals que cada hom sosté.

La manera de concebre malaltia i salut també tenen importància quan parlem d'autonomia dels malalts. No entraré en aquesta distinció, només vull fer notar que els conceptes de malaltia i salut són un intent d'aproximar-se al concepte de patiment (Hofmann 2002). Una de les maneres d'anomenar el patiment és classificar les situacions que el poden provocar i distingir l'estat que no el conté: suposadament, la salut. Canguilhem ho va tractar en els seus *Escritos sobre la medicina* (2004).

2.3.1. El paradigma de la relació assistencial normal sempre es desvia

Les diferents idees del que significa estar bé i estar malament provoquen que la relació assistencial es faci complexa i es generin malentesos. Hi hauria una manera normal de concebre la malaltia? Això generaria un paradigma normal de relació assistencial?

Casado creu que si:

El paradigma de relació assistencial normal és el fet que una persona es troba malament i va a un professional sanitari, que al seu torn detecta la presència d'una malaltia i reconeix socialment aquest estat, per exemple mitjançant una baixa mèdica o la mobilització de recursos socio-sanitaris (2014, 42)

Distingeix a continuació les desviacions d'aquest paradigma mostrant que es tracta, precisament, de les distincions en la manera diferent que hi ha de concebre la malaltia per part del metge, del malalt i de la societat. Segons ell, la perspectiva amb què cadascú viu la malaltia condiona l'experiència que en té. I aquesta experiència en condiona la resposta. Per exemple, cita el cas de la malaltia mental, en la qual l'individu no té cap consciència d'estar malalt, estats com la fibromiàlgia en què el pacient es troba molt més malalt del que la medicina pot reconèixer o malalties sense rellevància social com un refredat comú. És una diferenciació ben raonada que mostra com les diferències en la percepció condionen les respostes.

Ara bé, es una diferenciació que equipara el tipus de identificació en joc i només estableix la diferència de punt de vista, com si és tractés del lloc des del qual es fa la valoració. Amb aquesta distinció, Casado avança en la conceptualització *objectiva* de l'emmalaltiment (2014, 61); ell troba que podem objectivar les perspectives del malalt i del metge. En la manera de treballar-ho que em dispo a desenvolupar, hi ha diferències essencials, que concerneixen la matèria de les informacions que es manegen i impedeixen considerar objectiu allò que es tracta. Em sembla que creure que el propi patiment és o no una malaltia – com passa en alguns casos de psicosi –, trobar-se molt malalt, més enllà del que acceptarà el metge – com en la fibromiàlgia –, o l'acceptació social d'alguns malalts – com els de sida –, per exemple, afecten molt més que la perspectiva objectiva en què cadascú se situa.

Ho mostra el rebuig que generen aquests malalts.

Finalment, i prop d'aquest rebuig, el més problemàtic en l'assistència quotidiana és tractar amb els pacients que de manera decidida atempten contra el propi bé. Com actuar amb els pacients que segueixen bevent malgrat haver assegurat que no ho faran? Què fer amb els pacients que assegurin tenir un dolor impossible de justificar «mèdicament»? I amb els que diuen que no poden caminar – quan sembla que sí que poden fer-ho – i els que, contràriament, es troben més forts i capaços del que el metge assegura?

Com assenyala Macario Alemany.

hi ha un tipus de problema que és recurrent i que per les seves característiques causa una enorme perplexitat: quan l'obstacle per evitar la malaltia, el dolor o la mort és erigit per la pròpia persona que pateix – o pot patir – aquests mals. (2011, 745)

Són individus temuts en la sanitat perquè desbaraten permanentment el *paradigma normal* de l'assistència. Podem equiparar-ho a les histèriques del segle XIX com veurem en el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques».

És contra aquest desbaratament constant que lluiten els equips assistencials i alguns filòsofs de la medicina i psicòlegs. Però finalment – i sense intenció prèvia – acaba convertint-se en una lluita contra l'existència del patiment.

2.3.2. La lluita contra el patiment i «l'odi al símptoma»

El concepte de símptoma en medicina recull l'aproximació personal de la malaltia. El símptoma en medicina és l'expressió subjectiva del malestar del malalt, és a dir, del seu patiment. Avui, l'expressió subjectiva no interessa els metges i en l'exploració mèdica s'escull amb preferència el signe – manifestació objectiva de la malaltia –.

El desig de l'home que s'apropa a les disciplines curatives sol ser el de millorar la condició de l'home reduint el sofriment de la seva existència. Actualment s'identifica el

patiment amb allò que és causat per un dany orgànic i el que no hi correspon s'identifica amb un error de percepció o amb una mala voluntat del subjecte queixós.

La ciència ha donat molt de poder als seus practicants i la tendència avui no és només de reduir el patiment sinó que es busca el lloc on s'origina l'experiència subjectiva per tal d'eliminar-la. Es tracta de perfeccionar l'home eliminant-ne una falla que no es considera constitutiva sinó accidental. Sembla que es concep l'home com a un ésser contingentment imperfecte però que en essència ha de ser perfecte. La medicina científicotecnològica i la psicologia cognitiva s'orienten segons aquest desideràtum. Tal com es planteja, avui, no es tracta de resoldre la malaltia sinó d'erradicar-la. Tizio ho anomena «odi al símptoma» (2015, 22). Avui, es pretén reduir del tot el malestar sense copsar que, a causa de la falla constitutiva de l'home, no es preserva el més humà que és la variabilitat que *ser home* pot introduir.

No faré apologia del patiment, però estaré prop d'un elogi de la imperfecció.

Com més s'intenta eliminar tot malestar en l'àmbit subjectiu, més s'acaba imputant-lo a una mala voluntat del subjecte i, per tant, més rebuig es genera envers aquest subjecte que, en percebre-ho, acaba per sentir, sent a la fi malestar contra el practicant assistencial i, en el límit, violència.

La identificació entre causa orgànica i patiment, redueix l'home a ser considerat com una màquina que podent sentir, ho hauria de fer d'una forma determinada. Però els homes experimentem el cos de maneres diverses. Hi ha qui troba insuportable el dolor d'una intervenció quirúrgica i hi ha qui ni tan sols no el nota. Igualment, els homes experimentem conflicte entre desitjos, contradiccions internes com voler beure o menjar el que la salut no aconsella, per tant no és qüestió que altri pugui decidir què és desitjable (Szasz 1981, 16).

Molts homes, com abans Kant i Mill, tendim a pensar que l'home lliure serà naturalment bo, oblidant i tornant a oblidar que la maldat campa tant o més que la

bondat, que la immoralitat és darrera de totes les portes (Freud, Más allá del principio del placer (1920g) 1984)⁸.

Per tant, tenim el desig d'atorgar autonomia a tots els subjectes respectant-ne la variabilitat de desitjos i preferències, però al mateix temps tenim desitjos i preferències que atempten contra el sentit o la moral comuns, o contra els altres, o contra el subjecte mateix que les manifesta. Hi ha una resposta tecnocràtica que consisteix a eliminar qualsevol mostra de malestar subjectiu i la possibilitat de la seva manifestació. *Depressió?: antidepressius! I no ens hi trenquem el cap!* sembla que diu el metge tecnòcrata aplaudit per les farmacèutiques.

2.3.3. La solució de Tauber

Des de la bioètica s'intenta preservar allò humà i veiem, per exemple, que, davant de la variabilitat de desitjos i preferències humanes, Tauber proposa un retorn a la confiança en una autoritat moral que estaria orientada pel consentiment de la comunitat (2011, 58). Hi hauria la possibilitat de *consensuar un bé comú*.

Sabem que existeix una moral que es lògica per a cada societat i ajuda a orientar-se. En cada època els homes de cada grup tendeixen als mateixos ideals. Però no podem deixar de tenir en compte que la moral comú no serveix de res en el moment dels dilemes i dels problemes perquè en aquests casos es tracta del que escapa a la moral comuna, allò a què la moral comuna no pot respondre. El que ens interessa en aquest treball és als els límits i allí el comú no és una orientació.

Com per a Tauber, intentar trobar noves comunitats és una de les solucions actuals. Els comitès d'ètica van en aquesta línia. En aquest punt la psicoanàlisi se separa de les propostes perquè s'adreça a la solució individual, única. No perquè desconegui el

⁸ Sovint, davant del problema de l'èxode d'homes que fugen del conflicte sirí i els que fugen de la fam de l'Àfrica, tots ells travessant la Mediterrània cap a Europa i rebutjats pels nostres governs, penso *Què direm en el futur? Què direm als fills i als nets? Que no ho sabem?* I me'n recordo dels alemanys de l'època nazi i que tots hem pensat en algun moment *Com van deixar que allò passés?*.

valor del que és comú, sinó perquè es pot pensar que el comú apareix a partir del subjectiu i a la psicoanàlisi li interessa el subjecte, no la comunitat.

Però hi ha un altre element que introdueix Tauber: la confiança. En la línia de la dependència que he introduït, la confiança ha de ser essencial. Casado proposa que «som autònoms amb els altres» (2014, 16). Em sembla una formulació feliç que inclou el vincle com a condició de l'autonomia. L'home no seria autònom sol, sinó passant per l'altre. Segons ell, el d'autonomia no pot ser un concepte fort i amb contingut perquè «la gent dona sentit a les seves vides de maneres molt diferents» (Arrieta y Casado 2014, 70). És molt important aquesta consideració que a més permetrà relacionar l'autonomia i l'altre, perquè el sentit que un hom dona a l'experiència no és independent de la relació amb l'altre, la conversa i el lloc que li és atorgat com a subjecte.

En la meua tesi, he considerat també que l'autonomia és relativa al llaç que, per tant, no existeix sense passar per l'altre. D'acord amb Casado, no es tracta tant de defensar l'autonomia com de fixar-nos en el procés de presa de decisions i en la seva posada en pràctica, moments en què s'ha de comptar amb l'altre (2014, 16).

3. EL PRINCIPI D'AUTONOMIA I EL PROBLEMA DEL GAUDI

Hi ha dues coses infinites: l'univers i l'estúpida humana; i sobre l'univers no estic massa segur.
Einstein

L'idea d'autonomia de Kant ens pot ser agradable i podem convenir que, si més no, podria ser un ideal a què tendir. Això no obstant, tots tenim la idea que és difícil de complir-la i que més aviat s'esdevé el contrari. En la vida real, l'home, lluny de les elaboracions racionals, es deixa dur per afectes i s'orienta de mala manera. Segurament, en la vida quotidiana i en els moments decisius estem més a prop de l'home que va descriure Erasme (de Rotterdam 2016)⁹ que del kantianisme. S'ha intentat donar nom a aquestes desviacions de l'ideal.

Victoria Camps anomena «llibertinatge» (La autonomía y sus perversiones s.f.) a l'abús de llibertat que segons ella ha envaït el terreny de l'autonomia.

El premi Nobel de medicina Rolf Zinkernagel arribà a afirmar: «el major problema sanitari és l'estúpida humana» (de Benito 2003). Es referia al fet que els humans fumen, beuen en excés, mengen malament, obliden els tractaments... i això és causa de moltes malalties – o en causa l'agreujament –.

D'estúpida parlava també Mill amb relació als que no pensaven com ell:

... no vaig voler dir que els conservadors siguin estúpids. Vaig voler dir que la gent estúpida generalment és conservadora (*Public and Parliamentary Speeches*, 31, May, 1866)

L'estúpida té a veure amb el poc enteniment. Solem trobar estúpid aquell tipus de satisfacció que no s'avé amb la nostra manera de satisfer-nos o que compremem que contraria la raó comú, una satisfacció irracional. Carmen Tomás-Valiente assenyala justament que la irracionalitat consisteix a prendre l'opció per un curs d'acció que en

⁹ *Alabanza de la estupidez* és la recent traducció del text conegut com a *Elogio de la locura*

realitat no es correspon amb els veritables fins o pla de vida del subjecte (Tomás-Valiente 2007).

Per tant, trobem que per a molts intel·lectuals un terme com *estúpid* posa nom a bastament a aquella satisfacció que atempta contra el sentit personal ideal que donem a la vida. Hi ha decisions dels homes que sembla que van en contra d'ells mateixos, del seu projecte personal ideal. Es consideren decisions poc raonables perquè es percep que no és la raó la que les guia. És una qüestió molt important.

Es considera que l'individu autònom és aquell que, essent capaç, pot escollir lliurement un cop ha estat ben informat. En cas que les decisions preses no siguin les del metge o les aconsellades socialment, però l'individu sigui capaç, es considera que l'individu té unes preferències individuals que s'han de respectar i no se l'interroga sobre el seu contingut encara que siguin contràries al sentit comú (Lora 2007) (Léguil, *L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?* 2008). En individus capaços s'ha d'acceptar la decisió que prenen encara que sigui contrària als supòsits acceptats majoritàriament. Com a molt, s'intentarà persuadir el malalt perquè segueixi el tractament proposat.

No tots els autors hi estan d'acord: que els individus mostrin preferències irracionals no obliga a acceptar-les sense més ni més. Tot i l'autonomia, el metge pot interrogar el malalt quan li sembla irracional – tal vegada estúpid – el que aquest respon o planteja (López Jaramillo i Holguín Lew 2013, 132). I el que sembla racional, que no convé interrogar-ho?: per exemple demanar la mort quan es pateix molt.

3.1. RESPOSTES ACTUALS AL PROBLEMA DE LES PREFERÈNCIES IRRACIONALS

I com s'actua actualment davant les derives que aquest problema imposa a la relació assistencial? Destacaré quatre respostes privilegiades:

- es planteja la possibilitat de negar assistència als que emmalalteixen o empitjoren per aquest motiu;
- es planteja la possibilitat de cobrar-los l'assistència;

- es proposa la revisió de la capacitat i la possible incapacitació del subjecte;
- i també es proposa l'ensinistrament en matèria de capacitats.

És a dir, en tot cas, s'intenta esquivar allò *estúpid* – sense , intervenir-hi per compensar la seva intervenció malèvola –.

El liberalisme introduït per Mill indica ben clarament que

l'única finalitat per a la qual el poder pot, amb ple dret, ser exercit sobre un membre d'una comunitat civilitzada contra la seva voluntat, és la d'evitar que perjudiqui els altres. El propi bé físic o moral no és justificació suficient (1970, 207).

És a dir, implícitament Mill diu que alguna cosa física i alguna cosa moral en l'individu escaparan a la idea comú del bé: pot passar que l'individu esculli quelcom que no s'avé amb la idea general de bé, i fins i tot podria ocórrer que l'individu escollís alguna cosa que fes mal als altres. És una diferència forta. Ell proposa que s'ha de respectar aquesta diferència i per això posa tots els subjectes sota un altre ideal: allò que uneix no és la idea del bé, sinó que és el dret a ser diferent en la idea del bé. Aquest ideal té un únic límit: no es pot infligir dany al consemblant.

Preservar la salut dels individus amb l'únic objectiu de preservar-ne el bé és contrari a la filosofia autonomista perquè no té en compte el concepte de bé d'aquell que suposadament és protegit. Ara bé, si el sistema de salut quedés compromès per aquest tipus de desviacions, aleshores les persones que no s'avinguessin al concepte de bé socialment acceptat podrien quedar-ne excloses (Gascón Abellan 2007, 18).

Així, es planteja el dubte sobre si mereixen tractament aquells que emmalalteixen per les conseqüències de la seva pròpia actuació: sigui que han fumat tota la vida, sigui que han practicat un esport de risc o que no duïen el casc posat quan anaven en moto.

Si els individus són realment lliures, cal prendre mesures que facin els subjectes responsables de les seves decisions. Així, en el nostre país, no es pensa a negar el tractament però s'ha arribat a la conclusió que convé fer-ne pagar d'alguna manera el gaudi. Per exemple, gravant amb impostos el consum del que pot fer mal, com el tabac o l'alcohol; o fent pagar el cost del servei públic als que duen a terme comportaments contraris a la raó, com fer pagar el rescat als excursionistes temeraris. Es considera que la utilització dels serveis públics de salut és un dany a un bé comú quan és causat per un comportament sospitós d'atemptar contra la salut.

Quan el pacient és considerat capaç, els plantejaments es poden centrar en la limitació de la universalitat del dret a la salut i de la gratuïtat del tractament sufragat per l'estat. La garantia de la salut per a tots els ciutadans és un assoliment crucial en la civilització occidental (Gascón Abellan 2007, 11)¹⁰. Tenir accés a la sanitat per tal de restablir la salut és un dret i demana unes obligacions.

En els casos límits la única solució que es troba per intervenir és la incapacitació. Quan es considera que la negativa del pacient és del tot forassenyada, es considera que la seva raó ha fracassat i s'intenta la incapacitació legal. Però, sovint, aquesta no és possible – com passa en les malalties mentals, per exemple —. Tenir un comportament desraonat no suposa la incapacitació automàtica. Aleshores s'ha d'admetre que el pacient rebutgi la intervenció sol·licitada, però en la filosofia autonomista això pot arribar a suposar no atendre les dificultats del pacient per acceptar la intervenció mèdica. La negativa dels pacients no es tracta per si mateixa, s'intenta persuadir el pacient d'actuar en el sentit en què és aconsellat però no s'explora la seva negativa.

Finalment, hi ha la proposta d'ensinistrar els subjectes. És la proposta de Camps quan afirma que s'ha d'*ensinistrar* les persones per al bon ús de la voluntat:

¹⁰ Als EEUU, encara, hi ha divisió sobre aquesta qüestió com ha posat de relleu el programa conegut com *Obamacare*.

L'ètica té a veure amb la voluntat de les persones i, si aquesta voluntat no és ensinistrada en el sentit de voler fer bé les coses, el control legislatiu acaba essent inoperant (Camps, La autonomía y sus perversiones s.f., 13)

I parla del bon ús de les llibertats individuals. Ensinistrament és una paraula que em sembla dura, impositiva. Les teràpies cognitivocomportamentals són un altre tipus d'ensinistrament en el qual el psicòleg mostra la manera correcta de pensar i de fer al pacient.

Veiem doncs que això que alguns en diuen *estupidesa*, d'altres *llibertinatge*, impedeix el funcionament uniforme de la societat, posa en risc allò que s'ha previst per tenir cura de tots. També impedeix el funcionament de la vida individual. D'aquí que les propostes siguin l'erradicació d'aquest fet humà.

Però, lògicament, quan es tracta d'erradicar l'humà, alguna cosa es revolta. En la pràctica veiem que tant més s'intenta – amb la millor intenció – millorar la situació, tant més aquesta empitjora. Algunes situacions de violència contra els assistencials poden tenir a veure amb aquest fenomen?

La psicoanàlisi estudia molt específicament aquest problema que d'altres han qualificat de *llibertinatge* o *d'estupidesa*. Potser és el concepte que dona més sentit a la tasca analítica. Però el nom que se li dona permet fer-ne alguna cosa de més digne: Freud li va donar el nom de *pulsió* i en distingí la pulsió de vida i la pulsió de mort (1984). Lacan també li va donar un nom: *gaudi* (J. Lacan, El Seminario 7. La ética del psicoanálisis 1988). La pulsió es manifesta com una voluntat inconscient que empeny des del cos i que pot contrariar el que la raó dicta. Quan no es té en compte el *gaudi* dels subjectes, la conseqüència habitual és la seva exclusió perquè desbarata tots els comptes del autonomisme basat en la raó.

En un text del Dr. Marc Antoni Broggi trobo aquesta frase de Pessoa (2011, 26) que recull bé la idea que desenvoluparé a continuació:

3.2. EL QUE CONTRARIA L'AUTONOMIA DE LA RAÓ

*Una cosa em meravella més que l'estupidesa amb què els homes viuen la seva vida:
I és la intel·ligència que hi ha en aquesta estupidesa perquè la inconsciència és el fonament de la
vida: el cor, si pogués pensar, es pararia.*

Fernando Pessoa

El 1920, Freud va introduir un concepte que és eludit permanentment en psicologia i en medicina: *pulsió de mort*. Començava dient això: que tot obsta a la consecució d'allò que els homes consideren el seu objectiu: la felicitat.

És una contradicció pregonament humana, contra la qual racionalment s'afirmen gairebé tots els subjectes: el drogoaddicte normalment diu que no vol ser-ho, com l'alcohòlic; i també tots els que voldríem anar al gimnàs i no ho fem, mentre admetem que creiem que el bo seria fer-ho. És a dir, les persones sovint fem coses que considerem que no hauríem de fer. Hauríem de continuar amb la pregunta: per què algú opta per un curs d'acció que en realitat no es correspon amb els seus veraders plans de vida?

Avançaré que ho fem per diversos motius entre els quals privilegiadament hi ha la relació amb el cos i la satisfacció per una banda i la relació amb els altres per l'altra.

Rarament els subjectes s'afirmen en aquesta condició que Freud anomenà *pulsió de mort* i Lacan, *gaudi*. La majoria diuen que no volen viure d'aquesta manera o es mostren dividits en aquest punt. Ens introdueix al nus de la qüestió d'aquesta tesi: quina relació hi pot haver entre el gaudi i l'autonomia personal concebuda des de la perspectiva liberal?

La medicina no considera les dificultats personals amb la pulsió atès que s'ocupa només d'allò objectivable o com a mínim, raonable, i la pulsió n'és la cosa més contrària que hi hagi. Per explorar els conceptes de pulsió i de gaudi recorreré a un breu i clar article de J.-A. Miller, «La ética en psicoanálisis» (1991).

En primer lloc, molts anys abans de trobar la pulsio de mort, Freud va descobrir que hi ha en l'home una tendència al plaer, a la satisfacció en el sentit de reducció d'una tensió suportada al cos. I també s'adonà que aquesta tendència no arriba mai al límit de l'extinció absoluta de la tensió: sempre queda un residu que no se satisfà. Digué també que la satisfacció, la reducció a zero de la tensió podria ser equivalent a la mort i que sempre queda un residu que manté la vida.

El bé i el mal que suposen una reflexió sobre plaer i dolor que són innats.

La raó suposa en l'home la possibilitat de separar-se de la natura. Kant observà aquest fet i en deduí una ètica en la qual l'home tendeix vers allò que és universalment bo. Suposa el sacrifici de la tendència al plaer per raó de quelcom que considera un bé superior (J.-A. Miller, *La ética en psicoanálisis* 1991, 115-116). És una moral que no té límits en la seva demanda al subjecte.

En canvi, Freud postulà el principi del plaer com un fet de l'inconscient: allò a què, sense saber-ho, l'home tendeix en tot cas. Allò a què tendeix i en què sempre fracassa en un punt, com mostra la impossibilitat de reduir el petit residu final. És a dir, que el programa del principi del plaer no es pot complir, malgrat que hi ha una empenta en l'home a realitzar-lo. L'home cerca aleshores que el programa s'acompleixi per altres vies que la descàrrega immediata i així explica Freud el rodeig que l'home fa per la realitat. Hi ha un principi que obliga a aplaçar la descàrrega immediata i per aquesta via s'obté un altre tipus de satisfacció, la qual tampoc no trobarà un punt de conclusió definitiu, sempre quedarà alguna cosa per satisfer. Així s'arriba a crear la cultura i després l'ètica, diu Freud (J.-A. Miller, *La ética en psicoanálisis* 1991, 119). Hi ha una certa quantitat de tensió que no es pot anul·lar. Kant percebé aquesta zona.

Aquesta quantitat es percep sempre com un malestar en el cos, en la vida. Alguna cosa sobra: que potser és el mateix subjecte?, alguna cosa que fa?, o també alguna cosa que troba en els altres? Els homes perceben que el que impedeix la satisfacció plena és una

falla en ells mateixos o bé una «imposició» de l'Altre. Lacan digué que no és la llei qui prohibeix el gaudi als éssers que parlen, és el llenguatge. I no és tracta d'una prohibició sinó d'una impossibilitat lògica. La llei redobla aquesta impossibilitat en fer de la renúncia al gaudi una llei quan en realitat és l'efecte lògic del llenguatge sobre la vida. El gaudi està impedit a aquell que parla.

El mite de Freud per explicar aquest desajustament permanent és el d'Èdip (1986), m'hi detindré en el capítol «L'abandó del paternalisme». Lacan va recórrer al llenguatge com a explicació d'allò que provoca aquest irreductible. El malestar humà és degut al desajustament de la tensió del cos que el llenguatge no pot assumir. El llenguatge esborra gaudi, atrapa vida; però sempre queda un residu de vida que no es deixa atrapar per les paraules. És el que Lacan va anomenar *objet a*.

Freud havia vist que la pulsíó, l'empenta instintiva no regulada, té dos objectes principals als quals dirigir-se: el *jo* i els objectes del món. L'any 1914, quan treballava la qüestió del *narcisisme*, s'adonà que es podia considerar que la satisfacció pulsional es repartia i es compensava entre el *jo* i els objectes del món – com més energia es destina al *jo*, menys en queda de disponible per al món i viceversa –. Donà aleshores el nom de *libido* a aquesta energia sexual, viva, que es desplaça.

Però el 1920, com he dit abans, constatà que res no permetia l'home d'arribar a una satisfacció bondadosa i que més aviat comandava en ell un impuls destructiu. En digué *pulsíó de mort* o *Thanatos* i el contraposà a la *libido* com *pulsíó de vida* o *Eros*.

Així arribà aquest concepte fins a Lacan, que proposà una unificació superior: la pulsíó de vida i la pulsíó de mort estan lligades, i en digué *gaudi*. Per tant el gaudi abasta des dels impulsos pulsionals que menen la vida fins als més destructius. Del plaer al dolor passant per certa satisfacció en el dolor. No hi ha res moderat en l'home, d'entrada. L'esser humà s'entesta a repetir allò que sap que no hauria de repetir.

El símptoma en psicoanàlisi és la manera de fer que el subjecte ha trobat per drenar aquest excés que, al mateix temps, genera. La manera com l'individu fa nus amb la vida. I el símptoma, entès així, té una vessant interpretable, crida a una significació.

Es pot entendre el símptoma com la formació que concilia en si mateixa tots dos extrems, la pulsio de vida i la de mort, essent triomfant quan aconsegueix amalgamar la prohibició del gaudi amb la seva satisfacció. Per això és tant difícil la curació entesa com a «normalització», perquè el destí de la pulsio s'ha fixat simptomàticament i forma part de la vida íntima del subjecte. De cada un dels subjectes del món.

Aquest lligam fa que el *jo* de l'home no pugui ser autònom.

3.2.1. El *jo* no pot ser autònom

En un text de 1927, «El malestar en la cultura» (1986), Freud es refereix específicament a l'*autonomia*: afirma que el *jo* que apareix com *autònom* no és més que un *engany* (1986, 67). I assenyalava la dependència de l'individu tant del seu cos, com del món, com dels altres. En aquest text Freud analitza la relació entre pulsio i cultura de manera que ajuda a comprendre la dificultat pregona que l'home té per independitzar-se dels altres i del cos.

Comença per introduir l'afirmació anterior i a continuació indica que en realitat el *jo* té la seva continuació cap al interior del individu, és a dir en direcció a les pulsions. I també continua cap als altres en els moments de màxima vulnerabilitat individual. Les situacions de màxima vulnerabilitat són l'enamorament i, precisament, la malaltia. De nou, com hem assenyalat en altres moments, qüestions que tenen a veure o amb el sexe o amb la mort.

Per tant convé adonar-se que l'home malalt no es pot separar dels altres, en depèn. Igualment, l'home malalt no pot separar-se del seu cos, hi està condicionat. Son

moments en què fracassa el *jo* com a suma d'identificacions, sorgeix allò que no s'identifica i és mostra de fragilitat. La malaltia fa que l'home se senti dividit, no es reconeix a si mateix quan es troba malament (Israel 1976 , 59). El *jo* no és reconegut com aquell ésser fràgil que la malaltia li posa al davant.

Freud fonamenta les seves raons en el desenvolupament psíquic de l'individu a partir de la cura del cos que se'n té en néixer i ens els anys de desemparament infantil, anys en què es va constituint el sentiment de dependència i al mateix temps de separació de l'altre a partir d'un estat d'indistinció primordial. La constitució del *jo* i dels objectes del món en el psiquisme personal no són operacions del tot netes. Freud va desenvolupar la idea que el *jo* es crea per separació d'allò que procura plaer – que s'identifica amb el *jo* – i allò que causa malestar – que s'identifica com a *no jo* –. D'aquesta operació psíquica resulta una escissió, producte de la separació de *jo* i *no jo*¹¹ (Freud, Introducció al narcisisme 1984). Des d'aquesta marca, la pulsio indòmita segueix actuant. Freud considerava – com després ho faria Lacan – que l'agressivitat humana és constitutiva i que, en tot cas, la cultura n'és una defensa. La cultura en demana la repressió però al mateix temps ofereix vies sublimatòries per al seu drenatge.

A nivell individual, aquesta escissió és el lloc del símptoma com a formació psíquica que intenta reparar aquesta marca que al mateix temps, nega¹². La solució que la cultura proposa és la derivació de l'energia pulsional a fins comuns. Per això es requereix la repressió de l'empenta pulsional, la repressió de la seva descàrrega irreflexiva. Per exemple, no peguem al nostre enemic, ens reprimim. Freud deia que la neurosi és el fruit de la difícil càrrega que la societat imposa a l'home en demanar-li que reprimeixi la pulsio.

Però podem pensar que això no és ben bé així avui, ben al contrari, després de la lectura d'«El malestar en la cultura» i en la societat del capitalisme l'home ja no se

¹¹ Veure el capítol del present treball «Exemples d'agressions», apartat: *La formació del «jo»*.

¹² Es per la manera de negar aquesta marca que definim les diferents categories psíquiques: neurosi que la reprimeix, psicosi la forclou, perversió que en renega.

sotmet a la repressió, sinó que demana a la societat que no el reprimeixi i sembla com si es considerés que la cultura és la principal font de patiment de l'home. Es demana a la societat que cada home pugui deixar lliures les pulsions i s'espera que aquestes apareixeran regulades i amables (Fernández Blanco 2011). Quan apareix l'agressivitat, tothom retrocedeix espantat i aleshores es considera que l'enemic és el símptoma. Però, possiblement, si seguim el Freud d' «El malestar en la cultura», això no és més que la conseqüència d'haver alliberat l'home de les constriccions de la societat. L'individu lliure ho és en molts sentits, també en el pitjor, perquè no està escrit enlloc el destí de la pulsio per a l'home (Freud, Pulsiones y destinos de pulsión (1915c) 1984).

Davant el buit que la manca d'instint planta davant de l'home, Kant respongué que la llei moral el guiarà. En aquest mateix punt Freud digué que no hi ha guia, només un impuls cec i sense intenció que sovint pren la forma de creences, d'una manera d'entendre el món que opera en tota circumstància en què l'individu es pugui trobar davant de les falles de la vida i del cos, de la relació amb els altres; interpretacions que posarà en marxa en els moments absurds, aquells que ens aboquen a la radical manca de sentit de la vida humana.

Sempre, però, quedarà un residu que no s'absorbeix en les interpretacions i que pot tenir diferents destins. De vegades l'individu l'adreçarà cap a si mateix: en diem introjecció. Altres vegades el pot adreçar als altres, projectant.

Si s'introjecta aquesta resta a la qual no s'ha donat sentit, apareixen malalties diverses i angoixa. Si es projecta, apareix l'agressivitat.

El *superjò* – veu de la llei de la pulsio en cada home – segueix funcionant sigui quina sigui la direcció de la pulsio, i tant si aquesta és reprimida o alliberada. És a dir, que hi ha un principi que tendeix a la descàrrega de la tensió en l'home que, sigui que l'adreça cap a si mateix o cap als altres, sempre el perjudica a si mateix. És en aquest punt on

més es percep que, finalment, parlant allò de què parla Freud és la constància humana de l'home en anar contra si mateix (Bauman i Dessal 2014).

Les creences, la manera de viure, formen una amalgama «inescrutable per la raó», diu Puyol, i ho remet al *sagrat* (2016, 32). En aquest punt del sagrat, diu l'autor, el respecte és un punt de detenció que afavoreix la convivència. Podríem dir que també és el reconeixement del fet que no hi ha manera de prendre directament, i menys encara per la via de la raó, aquestes qüestions. Hi tornaré en el capítol de l'abandó del paternalisme. És cert que per la raó no s'hi arriba. No obstant això, hi ha una raó d'un altre ordre que permet aproximar-se a allò que concerneix les orientacions tant diverses de l'ésser humà. El gaudi segueix lògiques singulars, una diferent per a cada individu. Una psicoanàlisi portada fins a la fi permet conèixer parcialment què és allò que orienta tota l'actuació del subjecte. Malgrat tot, l'home resta per sempre vulnerable. Sempre però especialment en determinades condicions, les que el posen enfront de l'enamorament i la malaltia. Dit d'una altra manera, enfront del sexe i de la mort, límits de la condició humana que cada home necessita encarar amb els altres perquè són de difícil simbolització.

Per tant, reprimida o alliberada, la pulsio imposa una trama impossible de resoldre per l'home i això l'avoca a la frustració, i esdevé neuròtic: simptomatitza la seva posició en el món.

Voldria notar finalment que, com deia Freud, la vulnerabilitat es percep tant en relació al cos, com al món, com als altres. Freud desenvolupà un concepte d'home que es pot alinear amb el de Nietzsche: la dependència de l'home dels impulsos sexuals i la influència d'aquests impulsos van més enllà del desig conscient. Davant d'això, la raó és introduïda pel col·lectiu com a límit a la satisfacció de l'instint i esdevé una instància moral introjectada. Però aquesta instància s'independitza i acaba exercint un dur control sobre la conducta: el *superjò* (Freud, *El malestar en la cultura* 1986), de tal manera que acaba produint més patiment del que s'intentava evitar. Ho veiem en el sacrifici històric o en el perfeccionisme. La volta que Lacan donà a aquest argument és

fonamental: finalment la pulsio s'acaba per satisfer en la llei moral (El Seminario 7. La ètica del psicoanàlisi 1988) i troba en el sacrifici una via privilegiada de descàrrega. Per tant, com més creu l'home estar alliberat de 'imperi de la pulsio, com més creu que la raó regna lluny del domini dels impulsos naturals, igualment hi està sotmès (Arrieta y Casado 2014, 63)¹³.

Aquest és el fonament invisible de l'autonomia kantiana segons Lacan.

Comptar amb el gaudi significa acceptar que els comptes mai no quadren, que hi ha factors no quantificables – i no obstant ineludibles – en de l'home i que no convé eliminar-los. La resposta de la psicoanàlisi no és com la liberal, el psicoanalista no deixa sol aquell que no pot separar-se del seu gaudi; però tampoc no imposa la solució que el pacient rebutja. Per això promou una demanda del subjecte, atrapat en el seu gaudi, quan ve a consultar-lo. És només a partir de la demanda del pacient que podem tractar aquesta pulsio que l'empeny en contra d'ell mateix. Bona part del meu treball consistirà a orientar en vies de maneig.

Cal veure també que finalment no hi ha *la* bona manera de lligar-se a la vida. Hi ha maneres i sempre inclouen un punt d'impossible.

3.3. EN CONSEQÜÈNCIA

El subjecte autònom ho és per la raó. Si la paraula fa aparèixer el camp de la llibertat i de la raó en apartar el subjecte del instint, al mateix temps desregula el cos, i això no regulat influeix en la paraula. A falta de regulació natural, l'home es veu abocat a resoldre pels seus medis el malestar al cos.

La medicina científica no tracta el gaudi però, com que el gaudi insisteix, ha de recórrer a disciplines annexes per tractar-lo. La bioètica, per exemple, és una disciplina que

¹³ Potser per això alguns autors com Daniel Sokol diuen que els comitès de bioètica poden resultar intimidatoris i semblar una «policia ètica» com indica Arrieta en el text referenciat.

intenta aproximar-se a alguna cosa del gaudi – les eleccions dels subjectes – sense tenir en compte el gaudi – que influeix en les eleccions dels subjectes.

En medicina el cos està en primera pla. Paradoxalment, ni en la medicina com a ciència, ni en la bioètica com a disciplina que la complementa, no trobem el cos viu, que gaudeix: el cos no està en cap lloc si no és el lloc del tractament. És a dir, els metges han separat el cos, com objecte, del subjecte autònom. El cos queda com un objecte apart, com si el subjecte se'n pogués allunyar per tal de pensar-hi de manera objectiva. Però per als pacients i per als psicoanalistes orientats per Lacan existeix el cos que gaudeix. El subjecte de l'inconscient ho és pel cos.

El cos sense gaudi procedeix de la distinció cartesiana de la *res extensa* i de l'ètica kantiana de la *raó pura*, un cos del qual la raó pensa que pot prescindir. La psicoanàlisi considera l'ètica a partir del que Kant va rebutjar perquè enterbolia la racionalitat: tot el que és sensible. La psicoanàlisi fa una ètica que recull tot allò que Kant rebutja: el gaudi. En medicina, el patiment molt especialment.

La medicina no tracta el patiment pel mateix motiu que Kant va prescindir del que és sensible: perquè complica la raó. Si se suprimeix, tot se simplifica i són possibles operacions molt eficaces. Al mateix temps provoca estralls perquè fa desaparèixer la confiança en la relació assistencial i fins i tot genera desconfiança en els agents sanitaris.

La psicoanàlisi el reintrodueix i també és eficaç, però d'una altra manera: pacificant, no suprimint. I per donar total llibertat als individus en les seves eleccions, se situa en el camp ètic i no en el moral.

Crec que d'aquesta manera es pot resoldre el conflicte que planteja la vulnerabilitat quan no es vol negar que les persones siguin autònomes per no caure en el paternalisme i aleshores es conclou que hi ha diverses maneres de fer valer la pròpia identitat (Casado, *Autonomía y enfermedad: qué puede aportar la filosofía de la medicina a la bioética* 2014, 28). La persona malalta és dependent. I si està molt malalta,

pot ser que depengui molt. Per tant, la qüestió és com no abusar d'aquesta dependència. Desenvoluparé aquest punt al final de la tesi, quan tracti específicament la demanda del pacient. Es tractarà de respectar el punt de vulnerabilitat en què no hi ha cap identificació possible a la qual el pacient es pugui acollir per, comptant amb el vincle que s'estableix, obrir en la mesura que sigui possible el camp de la seva llibertat d'elecció.

4. EL CONCEPTE DE DISCURS EN L'ENSENYAMENT DE LACAN

Hi ha un terreny ambigu on bateguen les relacions, i aquest terreny és el de les paraules.
Montserrat Roig, *La por del metge*

Que no hi hagi una categoria en la filosofia per pensar el gaudi no vol dir que no hi hagi tractaments del gaudi en l'àmbit social. Amb el gaudi, els homes hi hem de fer quelcom, i ho fem mitjançant diferents tipus de discurs.

Com deia en explicar el concepte de gaudi, el programa del principi del plaer humà mai és reeixit del tot. En tota operació de plaer hi ha una resta que l'operació no liquida. Aquesta resta és la que ens obliga a parlar i a relacionar-nos. És a dir, a renunciar a la satisfacció plena autònoma i buscar suport en els altres. El discurs permet organitzar el gaudi a partir del vincle. Hi ha diferents tipus de vincle que permeten diferents operacions de gaudi. Per entrar en un discurs, l'home ha de consentir a l'operació de gaudi que el discurs proposa.

La hipòtesi del doctorat té a veure amb l'existència d'una estructura de discurs en la medicina que afavoreix l'exclusió de les qüestions més pregones de l'ésser humà i que això, que té conseqüències sempre, en alguns casos extrems es fa palès amb l'agressió. Per això em sembla important, en aquest punt, detenir-nos per revisar el concepte lacanià de discurs i les aplicacions que en va proposar.

Entenc que és molt important precisar-ho perquè cada discurs possibilita un cert ús de la paraula i presenta uns límits. Entenem per ús de la paraula l'ús material del llenguatge, el fet de parlar.

Lacan va desenvolupar el seu concepte de discurs entre els anys 1968 i 1971 (J. Lacan, El Seminario 16. De un Otro al otro 2008) (J. Lacan, El Seminario 17. El reverso del

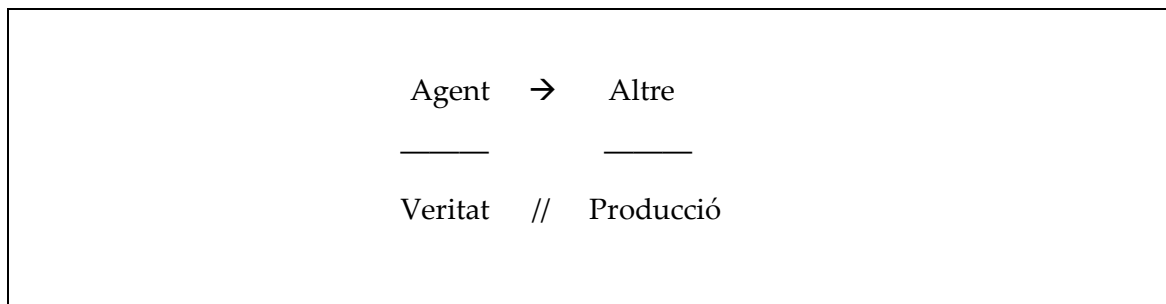
psicoanàlisi 1992) (J. Lacan, El Seminario 18. De un discurso que no fuera de semblante 2009). És un concepte que té les seves arrels en l'estructuralisme (2008,12,14,28 i 29) (1992,10,13) i també en la noció de discurs foucaultiana, com es pot deduir del seu interès pels treballs d'aquest autor¹⁴. La idea que el discurs crea el subjecte l'expressa amb les formulacions que *el subjecte parla però també es parlat* i que *el llenguatge preexisteix al subjecte i el determina* (J. Lacan, Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis 1997).

Si amb Foucault podríem dir que el subjecte és producte del discurs, amb Lacan assistirem a la inclusió del gaudi, del cos viu, en la conformació del discurs. Segons aquest autor, un discurs es constitueix al voltant d'un desig, d'una falla entre el que es diu primer i el que es diu a continuació. En aquesta falla es precipita, com passa en química, un objecte que anirà prenent consistència, l'objecte *a*, que d'entrada no té cap sentit. És el producte de la diferència entre dos significants S_1 i S_2 , entre allò que el primer ha dit i el que segon ha restat al primer (J. Lacan, El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1999, 211-267). Per exemple, quan escoltem un *noi maco*, *maco* acota el significat *noi*. En la diferència que es pot percebre entre ser *noi* i ser *maco* hi pot anar, per exemple, i només se sabria posteriorment, el desencant de no haver escoltat *llest*. L'objecte, en aquest cas, seria el desencant. El desencant tocaria el cos a partir del significat. Aquesta operació produiria un subjecte dividit $\$$. És a dir, el llenguatge produeix una pèrdua que s'experimenta en el cos i fa aparèixer un subjecte dividit.

Amb el que he explicat en aquest darrer punt, ja tenim els quatre elements que constitueixen la matriu del discurs lacanià: S_1 , S_2 , $\$$ i *a*: dos significants, el primer i el segon. Un subjecte dividit pels dos significants i la resta d'aquesta divisió. La condició de possibilitat del discurs és que es permeti la relació $S_1 \rightarrow S_2$. El subjecte és creat per aquesta relació en l'encontre entre el significat i el cos que produeix un objecte de gaudi – sigui satisfacció o dolor –.

¹⁴ Per exemple en la seva assistència a la conferència *¿Qué es un autor?*, on va participar en les preguntes finals segons consta en el mateix text. La referència està en la bibliografia final.

Lacan pretenia poder escriure d'una manera matemàtica les relacions constants que la psicoanàlisi descobria (J. Lacan, El Seminario 17. El reverso del psicoanàlisis 1992, , 13). És una escriptura ens ajuda a parlar-ne i discernir de què es tracta. L'escriptura de cada discurs¹⁵ es constitueix a partir d'una matriu de dues fraccions en les quals es distribueixen quatre llocs que són funcions amb què s'interpreten els quatre elements S_1 , S_2 , $\$$ i a que s'hi situen. En el numerador de la primera fracció hi ha el lloc de l'agent, en el numerador de la segona fracció hi ha el lloc del sentit o el saber, també anomenat Altre – perquè és el lloc on es constitueix el sentit –. En el denominador de la segona fracció hi ha el lloc del producte i en el denominador de la primera fracció hi ha el lloc de la veritat. S'escriuen així:



La fletxa entre numeradors podríem dir que significa *actua sobre*, la doble barra entre denominadors indica *disjunció* i apunta a la impossibilitat d'una fórmula fixa que determini la relació del producte d'un discurs amb la veritat que hi fa de marc. Aquesta matriu es llegeix circularment: un agent provoca quelcom que serà significat (en el lloc del Altre), i aquesta relació donarà lloc a una producció i a una veritat exclosa.

Aquesta és l'escriptura de cada un dels discursos que treballà Lacan:

¹⁵ En les explicacions que segueixen m'oriento pel *Seminario 17* de Jacques Lacan.

Discurs de l'amo

$$\begin{array}{ccc} S_1 & \rightarrow & S_2 \\ \hline \$ & // & a \end{array}$$

Discurs de la histèrica

$$\begin{array}{ccc} \$ & \rightarrow & S_1 \\ \hline a & // & S_2 \end{array}$$

Discurs de l'analista

$$\begin{array}{ccc} a & \rightarrow & \$ \\ \hline S_2 & // & S_1 \end{array}$$

Discurs universitari

$$\begin{array}{ccc} S_2 & \rightarrow & a \\ \hline S_1 & // & \$ \end{array}$$

Son els quatre que li interessien, tres perquè corresponen a les professions impossibles (Freud, *Análisis terminable e interminable* (1937c) 1993): governar, educar, psicoanalitzar; i el de la histèrica, que també remet a un impossible: fer desitjar. En cada un dels discursos, es considera que el lloc de la veritat és també la categoria categoria de *l'impossible* i es llegeix com la disjunció amb la producció. És el lloc on l'ètica pren la seva raó de ser. Ho explicaré en cada discurs.

Uns anys després (J. Lacan, Del discurso psicoanalítico. Conferencia de Milán 2006) definí el discurs capitalista:

Discurs capitalista

$$\begin{array}{ccc} \$ & \rightarrow & S_2 \\ \hline & & \\ S_1 & // & a \end{array}$$

Aquest discurs trenca la possibilitat d'ús dialèctic del llenguatge en situar entremig de S_1 i S_2 l'objecte que es perd en la operació de llenguatge, de tal manera que sembla que la pèrdua no és tal cosa, que l'objecte roman al seu lloc i que es podrà substituir per molts altres objectes. Així és com l'objecte es converteix en objecte de consum.

Explicaré cada un dels discursos més endavant.

4.1. DE QUÈ SERVEIX AQUESTA ORGANITZACIÓ DISCURSIVA?

Cada un dels discursos organitza una manera de fer vincle a partir de la impossibilitat del llenguatge de cobrir tot el que és real. L'organitza en la mesura en què el llenguatge és la forma principal de relació dels éssers que parlen i, per tant, també és la forma d'organitzar la realitat i d'endregar el gaudi. No depèn de l'exclusiva decisió del subjecte, sinó que també correspon a una gramàtica que el precedeix (J. Lacan, Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis 1997). No m'hi estendré: de manera intuïtiva es pot copsar que és diferent que el sentit de les relacions vingui establert per

- la promoció de l'universal (discurs de l'amo)
- la promoció del saber (discurs universitari)
- la promoció de la diferència (discurs de l'analista)
- la promoció del desig (discurs de la històrica)

O bé que el sentit sigui indiferent i només se cerqui la satisfacció individual (discurs capitalista).

L'objecte, el gaudi, no només no permet fer llaç sinó que l'impedeix. Ho podríem veure en casos extrems: un esquizofrènic amb la vivència de fragmentació extrema del cos no pot fer llaç, no en pot fer el drogoaddicte, però tampoc una mare obsessionada amb el seu patiment pels fills, ni tampoc un jove tancat a la seva habitació amb l'ordinador. Reclosos amb el seu objecte, estan impossibilitats per a la relació. *Curar-los* seria poder-los treure de la seva soledat amb l'objecte, curar-los seria aconseguir una cessió d'aquest gaudi tancat.

Els discursos organitzen diverses maneres de cessió de gaudi, que és l'única possibilitat de fer vincle. Per això, caldrà sempre un consentiment del subjecte per intervenir en una possible modificació.

A continuació explicaré sumàriament tots els discursos que Lacan va descriure, i em detindrè més en el de l'amo i el del capitalisme perquè crec que són els que tenen més a veure amb el problema que estem estudiant.

4.1.1. Discurs de l'amo

$$\begin{array}{ccc} S_1 & \rightarrow & S_2 \\ \hline \$ & // & a \end{array}$$

És aquell en què l'agent té la clau de la significació del discurs. En el discurs de l'amo el vincle s'organitza a partir d'un significant que comanda el sentit de les produccions.

Es dona en institucions tancades com l'església o l'exèrcit, o en maneres de fer vincle com la del feudalisme. Correspon també al *pater familias* del segle XIX.

La categoria de l'impossible en aquest discurs indica que on el discurs és insuficient, hi ha l'autoritat del amo. Quan no se sap què decidir, decidirà l'amo.

En el *Seminario 17*, Lacan assenyalà que Freud s'havia situat com a pare en el lloc on trobà un límit a la significació. Aquesta constatació permeté a Lacan de fer dos passos:

alliberar el lloc de l'agent en l'estructura de discurs i permetre que altres elements se situessin com a productors de discurs: no només hi hauria més amos a part del pare, sinó que es podria entendre que en el lloc de l'agent hi hagi altres figures que organitzarien el discurs de manera diferent de com ho fa un amo. En el cas dels discursos lacanians aquestes figures que poden estar en el lloc de l'agent seran la resta d'elements amb què s'organitzen els discursos: el saber (S_2), l'objecte a i el subjecte dividit ($\$$).

4.1.2. Discurs de la histèrica

$$\begin{array}{ccc} \$ & \rightarrow & S_1 \\ \hline & & \\ a & // & S_2 \end{array}$$

És el discurs en el qual l'agent interroga tota significació, de manera que obliga a la resposta i producció d'un saber, malgrat que desconeix la veritat del cos. És a dir, la histèria interroga tot el que l'amo vol fer valer com a veritat, però ella mateixa oblida el seu cos i el sacrifica a allò que es dona a si mateixa com a missió. Aquest desconeixement retorna en forma de malaltia conversiva amb la qual interrogarà la veritat de la medicina.

On el discurs és impotent, la histèrica hi posa el seu cos, se sacrifica per l'Altre. Quan la histèrica té un conflicte ètic, emmalalteix.

4.1.3. Discurs de l'analista

$$\begin{array}{ccc} a & \rightarrow & \$ \\ \hline & & \\ S_2 & // & S_1 \end{array}$$

En aquest discurs el lloc del agent, com a suposat lloc del saber, l'ocupa l'objecte a que obliga el subjecte a dividir-se i produir els significants amo que el comanden. És l'únic

discurs que permet conèixer alguna cosa del gaudi singular. El saber està en el lloc de la veritat com a possibilitat i com a límit.

L'analista ocupa el lloc de l'agent però és tot el contrari d'un amo, ja que ha renunciat al poder de significar, que cedeix totalment al subjecte que consulta. L'analista només el provoca per fer-lo parlar.

En el lloc on el discurs no és suficient, l'analista hi posa la seva presència. Quan hi ha decisions en joc, l'analista no pren partit si no és per romandre. No es un restar qualsevol. Hi tornaré en el capítol «Paraula, silenci i acte».

4.1.4. Discurs universitari

$$\begin{array}{ccc} S_2 & \rightarrow & a \\ \hline S_1 & // & \$ \end{array}$$

La ciència s'hi fonamenta. En el discurs universitari l'agent és el saber com a veritat del món. Produeix un estudiant, un subjecte que pensa i no sap que el seu pensament està determinat prèviament al coneixement que cerca.

Organitza el discurs segons la modalitat d'un saber que podria *endreçar-ho tot sense resta* (Carbonell 2013). Espera produir un coneixement que podria ser absolut.

On el llenguatge no arriba, hi ha el saber del mestre i el que es podrà saber en el futur.

4.1.5. Discurs capitalista

$$\begin{array}{ccc} \$ & \rightarrow & S_2 \\ \hline S_1 & // & a \end{array}$$

Aquest discurs és una variant a partir del discurs de l'amo: si el en discurs de l'amo comandava l'S₁, en el discurs capitalista mana la insatisfacció del subjecte. En

l'esquema s'intercanvien el denominador i el numerador de la primera fracció provocant l'impediment del discurs com a generador – S_1 i S_2 estan separats –.

La divisió del subjecte el mou a cercar un saber per produir objectes de satisfacció. El subjecte pot gaudir però no sap què significa el seu gaudi perquè l'objectiu és el gaudi i el sentit està impossibilitat. Al mateix temps i pel mateix motiu, es perd la responsabilitat individual, la capacitat de donar resposta a les eleccions subjectives. És la promoció del gaudi que observem en la vida quotidiana actual, gaudir sense preguntar-se'n ni el perquè ni les conseqüències: *sigues feliç* és un imperatiu. Es promou igualment la idea que qualsevol obstacle pot ser superat i qualsevol pèrdua, reparada. Sempre hi ha un objecte que pot venir a substituir-ne un altre. Això acaba produint un efecte d'angoixa en els subjectes.

En el problema que plantejo en aquest treball, la dificultat principal del discurs actual – el del capitalisme – és que el gaudi és l'objectiu i per tant esdevé un imperatiu que apunta a la satisfacció del subjecte, encara que sigui una satisfacció mortífera. En el discurs capitalista el sentit de les relacions no és més que la relació de cada u amb el seu objecte.

No hi ha impossible: en eliminar la diferència entre S_1 i S_2 obturada per l'objecte, desapareix la pèrdua: es diu que sempre hi haurà un objecte que podrà calmar la insatisfacció. El mercat el proveirà – i així passen a ser objectes de consum el saber, l'amor i la política –.

Ara bé, cal notar que es perd la possibilitat que la paraula brinda. Des del discurs capitalista només seran possibles els catàlegs, els llibres d'instruccions i la xerrameca. No és que no es pugui parlar, és que parlar té com a objectiu el gaudi per davant de tot¹⁶. En els altres discursos l'objecte va al lloc de la pèrdua. Però no es nega el lloc de la

¹⁶ Per exemple ho veiem en la proliferació sabers i disciplines que prometen oferir la tècnica de funcionament per a tot el que preocupa i també en la proliferació de programes de televisió anomenats «escombraries».

pèrdua. És un ús en el qual la pèrdua sempre és possible perquè existeix la categoria que designa l'impossible en poder recórrer a la dialèctica.

Per altra banda, en el discurs capitalista l'angoixa és creixent perquè no hi ha lloc per a la insatisfacció. La insatisfacció hi està proscriu. Aquí trobem tots els fenòmens: des de l'agitació dels infants a l'angoixa dels adults, epidèmiques ambdues. La possibilitat infinita de substituir els objectes perduts causa l'angoixa dels subjectes. Es tracta del fet que el plaer sense pèrdua aboca a l'angoixa. En aquesta línia del plaer a l'angoixa hi veiem dibuixar-se el concepte de gaudi lacanià: aquella experiència del cos que abasta des del plaer fins al dolor, incloent-hi un dolor que satisfà alguna cosa. La pulsio de mort de què parlava Freud recull l'extrem en el qual el plaer passa a ser un dolor que satisfà alguna cosa inconscient.

L'angoixa és un dels símptomes principals de la nostra civilització. Ara podem deduir una indicació clínica: produir la pèrdua – o permetre que la pèrdua existeixi – llevaria l'angoixa del subjecte. De fet, Lacan deia que «l'angoixa és la falta de la falta» (El Seminario 10. La angustia 2006).

Per exemple, una pacient consulta en plena crisi d'angoixa. Fa dos anys que els metges li recepten fàrmacs que no l'ajuden del tot, ja que la calmen momentàniament però els símptomes recomencen insidiosament i l'obliguen a fer noves consultes. Després d'escoltar el relat dels símptomes li pregunto: *bé, però a vostè, què li passa, amb què relaciona l'angoixa?* Sorpresa, la pacient reconeix en aquell moment que ningú no li ho ha preguntat durant aquests anys. Els metges només s'han interessat pels símptomes. Posar paraules li permet de reconèixer els efectes en el cos d'una difícil experiència matrimonial que ha viscut. El treball no acaba amb una sessió però s'ha produït la primera cessió, la primera pèrdua necessària per curar-se i sortir del bloqueig que li impedia de plantejar-se les preguntes pertinents.

Podríem pensar si la pèrdua té cap lloc en la medicina actual? Com es manega en la relació assistencial? Quina és la idea de pèrdua amb què es presenten els pacients i què és el que ofereixen els metges? Pensar-hi pot contribuir a avançar en les vies de solució.

En psicoanàlisi privilegiem la paraula com a lloc on la pèrdua és possible i es pot elaborar. Ni la filosofia ni la psicoanàlisi no estan convocades al circuit del capitalisme quan insisteixen a possibilitar el discurs. Tampoc l'amor.

5. BABINSKI I FREUD: DUES CONCEPCIONS DE COS, DUES ÈTIQUES

De mestre, no n'és qui sempre ensenya, sinó qui de sobte aprèn
Guimarães Rosa, J. *Gran Sertón: Veredas*

En aquest capítol distingiré les concepcions de cos diferents que maneguen la medicina i la psicoanàlisi en relació amb el concepte de gaudi. Veurem que la medicina no té en compte el gaudi que afecta el cos i les implicacions clíniques i ètiques d'aquest fet. Igualment, consideraré el concepte de cos de la psicoanàlisi que compta amb el gaudi.

5.1. PLANTEJAMENT

Posades les coordenades de la medicina actual en el primer capítol d'aquest treball, podríem dir que, en la medicina identificada amb la manera de fer científica, la relació metge/pacient es concep en la dualitat subjecte/objecte inscrita per la ciència cartesiana i en la lògica del mercat en la societat dels drets. Aquesta medicina té cura d'un cos que segueix el model d'un organisme o d'una màquina. Per altra banda, la psicoanàlisi prové del treball de Freud amb les histèriques i per tant amb una malaltia corporal (Breuer i Freud, *Estudios sobre la histeria* (1895d) 1993). La histèria és pensada generalment com una malaltia psíquica, però el cas és que les seves manifestacions són d'ordre somàtic. La psicoanàlisi fa problemàtica la distinció psíquic/físic, com es veurà en aquest treball.

No hi ha una sola manera de concebre el cos. El tema fonamental del present capítol és l'esclariment de les concepcions de cos que maneguen la medicina i la psicoanàlisi per, així, mostrar que cada una d'aquestes concepcions funciona com una filosofia implícita que orienta la clínica i l'ètica practicades.

Veurem que la concepció de cos de Freud inclou la paraula, és a dir l'experiència subjectiva i la funció de l'interlocutor, perquè és un cos travessat per la paraula. En

canvi, el cos que tracta la medicina és un cos objectivat que segueix l'orientació d'una disciplina que es desenvolupa amb l'estudi dels cadàvers (J. Lacan, *Psicoanálisis y medicina* (1966) s.f.). Un organisme que prescindeix del cos viu i de la paraula i per tant que prescindeix de la persona del pacient i de la persona del metge. En l'extrem, el metge que procedeix d'aquesta branca està orientat per la ciència i rebutja tot allò que no sigui objectiu. Si bé en la pràctica quotidiana els metges – especialment en atenció primària – solen mostrar interès per la persona del pacient, també és habitual que pel que fa al exercici de la seva pràctica no considerin mèdicament fonamental la conversa amb ells. L'interès acostuma a estar motivat per consideracions de caire humanista que poden separar-se de la medicina com a disciplina.

Tal com es pot copsar i tractaré de mostrar, es tracta de cossos radicalment diferents. La paraula clau on traçaré la distinció és *histèria*.

Posar junts els dos tipus de cos no significa que els compararé perquè això no és possible, són incommensurables. No es tracta en absolut que siguin versions complementàries: estan en dimensions diverses que, en tot cas, han de conviure.

Però crec que és interessant posar-los un al costat de l'altre perquè cada un d'ells configura un tipus diferent d'ètica i un tipus diferent de relació assistencial, de vincle entre el metge o professional sanitari i el pacient.

5.1.1. El patiment

La histèria planteja, des d'antic, un problema als metges perquè, en ella, la malaltia en el cos no s'avé amb els traçats de l'anatomia científica.

Es pot sostenir que la medicina actual ha pres partit per la versió del cos que s'esdevingué amb Babinski (Roudinesco, Jacques Lacan. *Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée* 1993 , 40) i es pot observar com, a mesura que progressa la disciplina, s'empobreix el paper del metge. Com pot ser que el metge, amb coneixements objectius i instruments tan potents com té actualment, hagi passat a

perdre tot el seu prestigi? El problema que plantejo toca de ple aquesta qüestió quan es veu que fins i tot s'arriba a l'agressió física. En aquest treball exploraré les implicacions ètiques de la concepció de cos vigent en l'actualitat com a primera aproximació al reconeixement del tipus de vincle que s'estableix entre metge i pacient.

La distinció entre totes dues concepcions de cos la podem localitzar, en darrera instància, en la consideració del patiment subjectiu. *Pacient* és una paraula rebutjada i potser no se n'hauria hagut de prescindir tant alegrement. Ve de *pathos*, patiment. En canvi, *usuari* remet a la versió més contractual de la medicina en la qual la relació amb el patiment s'omet i es tracta només de drets i satisfaccions. El patiment subjectiu és el que duu el pacient a consultar el metge o el psicoanalista. La medicina no l'inclou: si el pacient pateix, el metge se'n pot compadir o no, però això no influeix en el tractament que aplicarà. En canvi, la psicoanàlisi parteix del patiment subjectiu del pacient i és en ell que es concentra per al tractament.

Voldria mostrar, en primer lloc, que es tracta de cossos radicalment diferents. A continuació, hauré d'argumentar que la concepció del cos que es manega funciona com una filosofia implícita que orienta l'ètica practicada.

5.2. ANTECEDENTS: ELS ESTUDIS SOBRE LA HISTÈRIA

La histèria és descrita des d'antic. Hipòcrates (460 a. C. – 370 a. C.) fou qui li'n donà el nom que la lligava a la sexualitat (Álvarez i altres 2004, 44). Galè (130 d. C. -200 d. C.) en destacà la variabilitat extrema en la presentació simptomatològica (Ipar 2012) i l'atribuí a la manca de plaer sexual (Ordóñez Fernández 2010). Més de mil anys després, el 1682, quan encara no s'havia resolt l'enigma de la histèria, Sydenham s'adonava de la importància de la suggestió en el desenvolupament d'aquesta malaltia i va ser una referència clau per als metges del segle XIX.

Autors com Charcot o Bernheim, cap al final d'aquell segle, consideraren capital aquest factor, la suggestió. A més de les manifestacions explícites de la suggestió, la

consideració de la seva importància s'entreveu en el fet que el tractament passava per aïllar els pacients de les persones que hi influïen:

l'aïllament moral, encara que devia ser forçosament incomplet... ...és necessari separar els nens dels adults, dels seus pares i mares, la influència dels quals, com demostra l'experiència, és altament perjudicial (Charcot 1898, 250)

Podem aturar-nos un moment en la paraula *moral* separadament. Per als metges d'aquella època, la moral era una consideració pertinent en els seus treballs. Vegem, per exemple, Bernheim, que a finals del s. XIX deia en relació a la paraula:

¿No tenim tots, en grau variable, certa credulitat que ens duu a donar ascens a allò que se'ns manifesta? «La credibilitat (*sic*, segurament per *credulitat*), diu Durand de Gros, que els teòlegs nomenen “la fe”, ens ha estat dada per tal que podéssim *creure per la paraula*, sense exigir proves materials en el seu suport». És un llaç moral dels més importants; sense ell no és possible l'educació, ni la tradició, ni la història; no hi ha possibilitat de transaccions, ni de pacte social, perquè, essent estranys a tota impulsió d'aquest sentiment, qualsevol testimoni seria nul per a nosaltres i les afirmacions més vehements del nostre millor amic anunciant-nos que la nostra casa està cremant o que el nostre fill s'està ofegant ens deixarien impàvids, tan impassibles com si s'haguessin acontentat de dir-nos «fa bon temps» o «plou» (Bernheim 1887, 139).

Paraula i moral estaven lligades.

Durant aquests segles la histèria no constituïa una entitat nosològica sinó que es considerava debilitat constitucional (Ipar 2012). Syndeham havia reunit la pluralitat de simptomatologia de la histèria, que la feia semblant a malalties molt diferents, i va assenyalar-ne precisament la capacitat d'imitar altres malalties humanes. Amb aquesta observació centrà l'àmbit de la malaltia histèrica que estudiarien els neuròlegs del segle XIX i que Freud va acotar amb el concepte d'*identificació* (Álvarez i altres 2004, 60).

En la història de la medicina, però, hi ha un moment crucial, uns anys anterior als estudis de Charcot, en què la malaltia, com a concepte, es va associar amb la lesió

orgànica. Des d'aleshores es van dividir aigües i les malalties que no tenien correspondència amb una lesió corporal deixaven de ser de l'interès de la medicina, eren malalties de *l'esperit* i dels *nervis* (Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* 1985, 251). Em refereixo al naixement de l'anatomia patològica a partir de la dissecció de cadàvers duta a terme per Bichat (1801). Aquesta branca de la medicina proporcionava una fonamentació objectiva en la descripció de les malalties (Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* 1985, 185) i una classificació ordenada amb relació als òrgans com a seu de la malaltia (Foucault 1985, , 189-190).

A partir del 1870 (Álvarez i altres 2004, 88), a l'Hôpital de la Salpêtrière, a París, el Dr. Charcot va congregar els estudiants de medicina en la seva càtedra de neurologia. La conversió histèrica va ser estudiada pels neuròlegs entre les patologies cerebrals perquè les seves manifestacions n'eren quasi idèntiques (Charcot 1898). El seu interès era distingir-la d'altres afeccions, especialment de l'epilèpsia; però precisament eren fenòmens patològics dels quals en aquell moment no es podia trobar empremta orgànica: la histèria, l'epilèpsia, la corea i d'altres (Charcot 1898, 19). Charcot assenyalava fins a quin punt aquests fenòmens incomodaven els metges, que arribaven a suggerir de relegar-les a la categoria de l'incognoscible i deixar-los de banda.

L'histerisme, sobretot, és el ferit especialment per aquesta espècie de proscripció. Però un decret, vingui d'on vingui, no serà mai suficient per fer-la desaparèixer del quadre nosològic (Charcot 1898, 19)

Hem pogut constatar, aquest any 2017, com la histèria va desaparèixer del quadre nosològic per decret¹⁷, així com la categoria de l'incognoscible que referia una mica més amunt. Però no han desaparegut del món, i retornen. L'angoixa, algunes anorèxies i fibromiàlgies en serien una mostra.

¹⁷ En el DSM III, va desaparèixer de la classificació el 1980.

Al 1882 Charcot va presentar una comunicació, «Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques», en la qual mostrava l'aplicació de la hipnosi com a mètode diagnòstic i terapèutic de la histèria. En els desenvolupaments dels anys següents s'arribaria a identificar hipnosi i histèria de tal manera que s'arribà a formular que el símptoma histèric era degut a una autosuggestió provocada a partir d'una situació traumàtica (Álvarez i altres 2004, 89). Va ser ell qui va intentar organitzar la histèria cercant regularitats, allò que es repetia en cada cas. Per exemple, descrigué la histeroepilèpsia i la va distingir de la malaltia que li feia de matriu.

A finals del segle XIX un alumne i col·laborador de Charcot, Pierre Janet, va realitzar desenvolupaments clau per a les tesis freudianes: especialment tractà l'inconscient com a possible objecte d'estudi mèdic. En parlà com a «consciència segona» que es manté al mateix temps que la consciència normal però en segon terme i roman inconscient o semiinconscient per al malalt. Per a ell, aquesta instància era l'única manera d'explicar-se els fenòmens suggestius posthipnòtics atès que el record en romandria inconscient. També va tractar i guarir algunes malalties per abreacció. Per a Janet, l'origen de la histèria era un trauma oblidat i la curació es podia produir per rememoració (Janet, *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* 1973).

En l'entretant, a l'Escola de Nancy, Bernheim, alumne de Liébeault (Álvarez i altres 2004, 89) (Breuer i Freud, *Estudios sobre la histeria* (1895d) 1993, 125), estudiava amb deteniment la hipnosi. Des de la seva recerca, criticà les elaboracions de Charcot atès que la hipnosi com a sistema de suggestió no influeix només en subjectes histèrics. Per la seva banda, aquest autor va considerar la histèria fruit d'estats emotius. Dues de les seves contribucions més importants són, d'una banda, la constatació que la manera de fer del metge influeix en l'evolució de la malaltia (Babinski i Froment 1918, 21) i, de l'altra, l'observació que el fenomen histèric és el resultat de la idea que el subjecte té del seu infortuni (Janet, *Les névroses* (1909) 2006, 282). Dos dels alumnes de Charcot, Freud i Babinski, es van distingir pels seus estudis sobre la histèria seguint l'Escola de

Nancy (Álvarez i altres 2004, 90), estudis de caràcter ben diferent. Són dos tipus d'estudi que demostren la concepció de cos que manegaven cada un.

En aquest treball sostinc que la medicina actual treballa amb el concepte de cos pensat per Babinski mentre que la psicoanàlisi treballa amb el concepte de cos manegat per Freud.

La histèria es manifesta per una simptomatologia que es correspon amb la de malalties neurològiques sense que s'hi pugui trobar causalitat en aquest àmbit i que cedeixen amb tractament per la paraula. Tractament per la paraula que pot ser de diversos tipus; en distingirem dos, seguint els autors referits: la persuasió, que es basa en l'ús de la suggestió, i la psicoanàlisi, que evita la suggestió.

L'estudi del fenomen histèric mitjançant la hipnosi que s'estudiava amb Charcot feia percebre que hi ha un àmbit no quantificable – i, per tant, no objectivable i no científic – davant del qual cada un d'aquests metges va emprendre un camí diferent: Babinski el va tornar invisible i Freud el va obrir a un camp de sentit sempre mancat.

5.3. LA HISTÈRIA

Passem ara als desenvolupaments dels dos alumnes de Charcot que ens ofereixen la possibilitat d'avançar al voltant de la relació entre la paraula i el cos.

La histèria es manifesta per trastorns corporals diversos: en aquells moments prenen la forma de crisis epileptoides, crisis sincopals, simptomatologia extrapiramidal, estats crepusculars, somnambulisme, amnèsia, atacs catalèptics, paràlisis i contractures, anestèsies, trastorns sensorials, impossibilitat d'empassar, còlics, restrenyiments o al·lèrgies (Charcot 1898).

Tots dos se n'adonaven, seguint autors com Bernheim, que l'actitud i les preguntes del metge poden influir en la gènesi d'aquests desordres. Cridar l'atenció sobre un punt, detenir-se en l'exploració física d'una zona del cos, orienten el pacient i la descripció del malalt. El 1888, Freud indicava que el metge s'havia de preocupar de no mostrar massa interès pels símptomes atès que tal actitud els dóna consistència.

L'any 1895 notava que

Com jo semblo sorprès davant tal comunicació, ella s'esfereix... (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 77)

Babinski assenyala el 1918, sobre les maneres d'acció de la suggestió:

N'hi ha una en particular, la suggestió del metge,he explorat l'estat de la seva sensibilitat i de la seva visió [dels pacients], amb la preocupació constant d'evitar durant l'interrogatori les reflexions, els gestos inoportuns que haurien pogut pertorbar l'espontaneïtat de les seves respostes (Babinski i Froment 1918, 21)

És a dir, conscient de la influència que la seva manera d'estar té en el pacient, controlava qualsevol expressió per no orientar-ne les respostes.

Freud va parar la seva atenció en l'origen de la histèria i la recerca va esdevenir terapèutica. Babinski es va centrar en la terapèutica sense preocupar-se tant específicament de l'origen. Tots dos curaven, el problema que desitjo posar en relleu no és la eficàcia dels tractaments o la supremacia d'un d'ells: es tracta d'adonar-se que cada un suposa implícitament un concepte diferent del cos i que, per tant, cada un implica una consideració ètica del subjecte que consulta.

Una primera consideració ètica cabdal: la presentació de la malalta histèrica sempre evoca l'engany. Molts metges decideixen, i decidien aleshores, que la malalta menteix. Contràriament, Babinski i Freud creien en la paraula de la histèrica, tal com els va orientar el seu mestre Charcot. Es tracta d'una qüestió accessòria o conté alguna cosa important per a la seva comprensió?

Per una banda tenim els indicis: Freud assenyala que hi ha algunes característiques de la presentació histèrica que convoquen aquest sentiment: el malalt opina que el llenguatge és pobre per explicar la seva dolença i s'ha d'esforçar molt per explicar-la, per altra banda hi ha certes manifestacions que evoquen el plaer on hi hauria d'haver només dolor (Babinski i Froment 1918, 153). Per la seva part, Breuer també fa una anotació en aquest sentit:

Molts malalts intel·ligents ens confessen que durant l'atac el seu jo conscient ha estat allí amb tota claredat i observava encuriolit i amb astorament els disbarats que feien i deien. Tals malalts sustenten fins i tot l'opinió (errònia) que amb bona voluntat haurien pogut inhibir l'atac, i s'inclinen a atribuir-se'n la culpa. «No ho hauria d'haver fet». (També les autoacusacions de simulació descansen en bona part sobre aquesta sensació). Però al següent atac, el jo conscient és tan incapaç com abans de governar els processos (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 239).

Babinski deia:

... he de reconèixer que aquesta idea [que molts dels subjectes són sincers] està basada en arguments d'ordre moral i no sabia demostrar-la amb el rigor científic que es pot aportar en l'estudi de les afeccions orgàniques (Babinski i Froment 1918, 209)

Per altra banda, hi tenim les interpretacions. Aprofundirem una mica en les de cada un en els dos propers apartats, on desenvoluparé les seves teories sobre la histèria. Avanço que per als autors que treballa és la histèria, no la histèrica, la que és mentidera, i la malalta n'és inconscient. Com ja he dit, considero que aquesta distinció és una posició ètica que en aquest cas equipara els dos investigadors.

Però a partir d'aquí ambdós se separen.

Babinski va fer un treball important de tria i distinció del camp de la histèria ja que, com ell mateix denuncià, també havia servit per justificar tot allò que no se sabia com classificar, aquelles malalties de què es desconeixia la causa (Babinski i Froment 1918, prefaci). Així, havia arribat a trobar casos en què es qualificava d'histèrica a una hemiplegia causada per un vessament cerebral, com després s'havia comprovat. És a dir, en ocasions de diagnòstic imprecís, hi havia metges que tendien a diagnosticar com

a histèria el que ells no sabien classificar. El resultat del discerniment de Babinski va ser una reducció del camp dels fenòmens histèrics a aquells que es poguessin demostrar (Babinski y Froment 1918, 25). Atès que per a ell la demostració n'era la curació per suggestió, va considerar que el millor terme era el de pitiatisme (Babinski i Froment 1918, 20). Decidí que s'havien de buscar els factors desencadenants *sense demanar al malalt ni el seu testimoni, ni les seves interpretacions* (Babinski i Froment 1918, 25) i limitant-se a les dades observables.

En canvi Freud mantingué l'aposta que en la seva escolta hi descobriria quelcom d'essencial. Va passar de la mirada mèdica, que captura, a l'escolta d'un enigma que s'adreçava al metge. El significat histèria, Freud el va mantenir i, en canvi, va ser convertit per Babinski en pitiatisme. El terme pitiatisme prové del grec ἡπειθώ, persuasió, i ἱατός, curable; significa «curable per persuasió» (Babinski i Froment 1918, 20). Histèria ve de ὑστέρα, matriu o úter, significat que evoca la sexualitat en la malaltia. Freud va dotar d'una dignitat inesperada les malaltes conversives: escoltant les seves paraules i promovent la simbolització de conflictes inconscients, conflictes que tenien a veure amb la sexualitat, la malaltia s'esvania. Per a ell, la histèria és la posada en escena d'una veritat. Així va aparèixer la psicoanàlisi al món, com un tractament mèdic.

És notable que tots dos autors s'ignoren l'un a l'altre en les seves publicacions. En el cas de Freud, he pogut trobar dos moments en què fa referència a l'altre autor: en un comentari sobre Charcot en el qual manifesta que coincideix amb l'admiració que Babinski sentia per aquest mestre (Freud, Prólogo y notas complementarios a la traducción al alemán de Jean Marie Charcot, Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-88) 1986, 167). L'altre ocasió és quan, en la carta del 27 de gener de 1886 a la seva aleshores promesa, Martha Bernays (Freud, Cartas a la novia 1973), li explica que Charcot els ha presentat i animat a escriure un article conjuntament. Per tant, tots dos es coneixien.

5.3.1. La histèria segons Babinski

Aquest autor defineix la histèria a partir de dos trets específics (Babinski i Froment 1918, 19-20):

1. els seus símptomes es poden reproduir per suggestió o hipnosi, i
2. els símptomes desapareixen per la sola influència de la persuasió.

Les manifestacions de la histèria són purament mentals, susceptibles de ser provocades per causes psíquiques, varien de forma en el mateix pacient i mai no repercuteixen greument sobre la integritat física dels pacients (per exemple, mai es fan mal quan cauen, a diferència dels epilèptics) (Babinski i Froment 1918, 208).

Per a ell l'única causa de la histèria és la suggestió pròpia o aliena. A partir d'un accident o malaltia, per petits que siguin, el malalt té la idea de la possibilitat de contreure una malaltia invalidant i, per convenciment inconscient, la contreu. Pot haver-hi una commoció per l'accident o la malaltia que afebliria la consciència i això faria el subjecte susceptible de ser modificat per autosuggestió (1918, 27). La suggestió dels altres també influeix, sigui per contagi d'altres malalts, sigui per la sol·licitud que percep en la cura. Un soldat pot contreure una malaltia conversiva per contagi d'altres companys. Això explica els fenòmens conversius que es propagaven en pavellons sencers (1918, 214). Per altra banda, trobar un excessiu caliu en les persones que els atenen o gran aparatositat en l'examen mèdic pot acomodar el malalt a la situació (1918,21-22).

A quin interès serviria l'autosuggestió? A falta d'una teoria del desig, Babinski només podia suposar el que buscava atès que se'l requerí per descobrir els soldats simuladors (Roudinesco, La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (1885-1839) 1988 , 60): l'autosuggestió seria útil en voler obtenir un benefici, la necessitat anormal de sorprendre o cridar l'atenció. La majoria de malalts que ell tractà eren ferits de

guerra que havien de tornar al camp de batalla en estar guarits, semblava natural que volguessin aconseguir un aplaçament del retorn.

Era un fenomen produït en semiconsciència, una mena d'acte voluntari inconscient. Defineix l'acte voluntari com la realització d'una idea, però assenyalant que la decisió de dur-la a terme depèn de l'emoció que ella suscita. És a dir, les idees no van soles sinó que duen aparellada una emoció. En el cas de la histèria l'emoció vindria del benefici esperat amb la realització de la malaltia (Babinski i Froment 1918, 27).

Com ja he dit, tots els autors de referència coincidien en la importància de la suggestió tant en l'origen com en l'evolució i tractament de la malaltia. Igualment, l'autosuggestió hi té un paper: l'interès del malalt sobre el seu estat el fa créixer. Però pel fet que no feia parlar els malalts, aquest aspecte no va ser estudiat pel neuròleg.

Per tal d'esbrinar el paper de les emocions en la gènesi de la conversió histèrica, Babinski rebutjava l'anàlisi introspectiu. Considerava que si el que buscava era la causa d'una malaltia, allò que el malalt opinés a partir dels seus conflictes personals seria una associació que per si sola no provaria res. En conseqüència aconsellava evitar la paraula del pacient. Per tant, segons la manera de fer de Babinski, el testimoni del malalt és inútil per conèixer la veritat científica del cas. És per això que va destinar grans esforços a fer estudis prospectius de causalitat. Va estudiar específicament el paper dels successos que objectivament podien causar un efecte traumàtic. Amb la col·laboració d'altres investigadors, estudià poblacions molt nombroses d'afectats per greus accidents de tren, terratrèmols, reconeixement de fills morts, etc., i no trobà ni un sol cas de conversió histèrica. Deduí aleshores que l'emoció per si sola no pot causar el fenomen i en tot cas només pot preparar l'esperit per la suggestió. Una emoció directament no només no era causa de trastorns histèrics sinó que fins i tot podia conduir-ne a la remissió. És així en el cas de successos traumàtics que aparten el trastorn histèric durant un temps: l'anunci de la mort d'una persona estimada o la troballa d'una malaltia més greu en el mateix malalt poden ser ocasió de detenció del trastorn histèric. Per obtenir la conversió calia un període que anomenava de

«meditació» en què les idees d'impotència motriu del malalt o les idees de l'entorn respecte de la gravetat o la importància del cas, o bé la compassió que suscitava, feien la seva feina – sense que la consciència del malalt en fos advertida – .

Buscava explicacions de caire universal, que donessin raó objectiva de les circumstàncies susceptibles de traumatitzar els subjectes: per això buscava en les catàstrofes. Però, com va demostrar Freud, la catàstrofe del pacient és sempre de caràcter íntim i subjectiu.

5.3.2. La histèria segons Freud

Per a Freud la histèria és causada pel desviament al cos d'una excitació psíquica no descarregada. Segons es dedueix dels seus estudis, la histèria és producte de la relació entre el cos i el llenguatge. Es tracta d'una configuració psicològica en la qual es respon al reclam de la satisfacció pulsional, contrària als ideals socials, amb la repressió de les representacions que hi van associades. La satisfacció pulsional, si bé té una lògica en l'ordre natural, contradiu la llei moral social o individual, i decideix anihilar la representació associada a l'afecte. Però això no és possible, tot just queda reprimida. La representació reprimida desapareix de la consciència i l'afecte s'aparella a una altra representació anodina. L'afecte segueix reclamant una satisfacció, però ara sembla absurda perquè va aparellada a una representació que no li correspon. El subjecte es veu lliure del conflicte moral que va provocar la repressió però ara es troba impedit per a la vida.

Per això, en el punt on Babinski considerava que la utilitat de fer parlar els malalts era nul·la, Freud els animava a fer-ho. Havia estat una troballa casual de Breuer amb la seva pacient Anna O (Breuer i Freud, *Estudios sobre la histeria* (1895d) 1993, 47-70), cas que no va ser reeixit, però, no obstant això, donà les indicacions per obrir pas a la psicoanàlisi.

Després de la seva estada a la Salpêtrière, Freud havia tornat a Viena desencisat pels pocs avenços de la medicina en aquesta patologia i amb una hipòtesi: més que no pas correspondre a les lleis de l'anatomia, la histèria ve determinada per les representacions dels subjectes afectats. Amb el cos de la histèrica es passava a una «altra escena» (Freud, *La interpretación de los sueños* (1900a) 1984, 529) organitzada pel psíquic.

Junt amb Breuer va escriure els *Estudis sobre la histèria* el 1895. Tota la part teòrica dels *Estudis*, Breuer la dedicà a l'excitabilitat nerviosa relacionada amb el cervell. Explicà, per exemple, que caminar o plorar alliberen tensió psíquica però que això també s'aconsegueix per representació mental. I, a la inversa, que una representació pot suposar un increment de la tensió corporal (Breuer i Freud, *Estudios sobre la histeria* (1895d) 1993, 207 i ss.). S'hi referí en termes d'energia lligada o lliure i permet entendre que per ser histèric cal tenir un cos. És a dir, que no es tracta només de representacions o llenguatge, sinó que es tracta que amb representacions i llenguatge s'intervé en la modulació de l'excitabilitat cerebral, excitabilitat que es manifesta per la tensió corporal. La conversió histèrica és la conversió en *fenomen corporal* (1993, 217) de l'excitació causada per una representació no descarregada. Per aconseguir-ho el cervell cercaria les zones debilitades en les quals l'excitació circularia amb més facilitat i aquelles associades per contigüïtat temporal. La contracció de la histèria té un suport físic però una causalitat en l'experiència i tramitació psíquica del subjecte.

Anomenem traumes psíquics les vivències que varen desencadenar l'afecte originari, i l'excitació de les quals va ser convertida després en fenomen somàtic; i designem com a símptomes histèrics d'origen traumàtic els fenòmens patològics així generats ... en total analogia amb la gènesi de fenòmens histèrics de condicionament traumàtic se situa la conversió histèrica d'aquella excitació psíquica que no correspon a estímuls externs, val a dir, no a la inhibició de reflexos psíquics normals, sinó a la inhibició del decurs de l'associació (1993, 220)

Hi ha experiències que depassen la capacitat del subjecte de fer-se'n càrrec psíquicament – traumàtiques –, però també hi ha processos psíquics, representacions, que són inhibits pel propi subjecte perquè són penosos per a la imatge que té de si o al seu sentiment moral. No són grans catàstrofes les que provoquen la histèria, al contrari,

sempre són petits encontres: un apropament, una paraula, la intenció captada en un altre... No hi ha raons de caire universal. No hi ha un gran i únic trauma. Hi ha esdeveniments que causen una fractura en l'experiència subjectiva de l'individu i que en dividir-lo promouen la necessitat de comprendre, de donar sentit.

Són qüestions totes elles que li creen un enigma, sovint no conscient, al voltant del seu jo. Un enigma, deia Breuer, genera excitació psíquica, una resposta la cancel·la. La recerca entre l'enigma i la resposta alleuja l'excitació, per això la recerca és terapèutica (1993, 220-221). En aquella època de gran repressió sexual, el que més commocionava causava era la percepció de tendències libidinoses que no s'avenien a la rectitud moral exigida. Aquest és un dels orígens de la vinculació entre psicoanàlisi i sexualitat. L'altre és que el sexe, juntament amb la mort, creen els enigmes majors a l'ésser humà.

La tensió psíquica lliure i la que es lliga al cos, en un procés que emmalalteix el subjecte, poden ser resoltes per la mera comunicació. És el que vulgarment coneixem com a «desfogar-se». El problema apareix quan una representació se separa del circuit associatiu – per repressió inconscient, defensa per preservar la imatge de si o per evitar el conflicte moral – i segueix exercint la càrrega afectiva que no s'allibera. Aquest seria per a ells la causa principal de la histèria (1993, 224-225).

Voldria destacar que, sense establir una causalitat orgànica, no deixaven de banda la influència de factors somàtics com és ara l'excitabilitat dels joves durant el desenvolupament puberal.

Res de tot això no s'esdevé en circumstàncies normals, els autors van posar com a premissa els estats hipnoides (1993, 34 i 226 i ss). Hi ha dos trets de l'estat hipnòtic que els autors considerava essencials: *l'amnèsia i la divisió psíquica*. Aquests estats també són, per a ells, provocats espontàniament pel sosteniment de l'atenció de manera concentrada en un objecte – citen l'enamorament i la cura de malalts –: la preocupació seria un dels estats possibles de concentració (1993, 226). En aquests estats hi ha un rebaixament de la crítica i el control mental i s'hi formarien associacions simbòliques

sovint fonamentades en *semblances fonètiques i associacions de paraules* (1993, 227). La circumstància i l'associació que dona lloc al símptoma són desconeguts per al pacient la majoria de vegades, per això Breuer i Freud varen acceptar la hipòtesi de l'inconscient que havien desenvolupat altres autors com Janet (1993, 232 i 239).

En una nota al peu durant el relat del cas d'Emmy von N., Freud fa una apreciació que em sembla molt important: observa en la seva pacient i en altres malaltes una tendència a donar sentit i unificar el material fragmentari i incomplet del seu record, a completar causalitats inconscients, i també observa una compulsió d'associar (1993, 88 nota 25). Anomena *enllaços falsos* els vincles recents i assenyala que corresponen a falles en l'experiència de la vida, moments que poden obrir un enigma i en canvi eren cancel·lats amb explicacions *ad hoc*. Sovint l'enigma concernia una dificultat o un dolor experimentats en el cos.

En aquells mateixos anys Freud elaborava un altre treball (Freud, Proyecto de psicología (1950a) 1986, 339-446) en què introduí una noció que explicava aquest problema: el *proton pseudos*. Com és sabut, l'expressió és d'Aristòtil (Aristóteles 1982-1988) i es tracta d'una premissa major falsa en un sil·logisme que dona com a conseqüència una conclusió falsa. El *proton pseudos* freudià feia referència a la *mentida fonamental* de la histèrica: el símptoma menteix perquè oculta la veritat de l'encontre amb la sexualitat que la histèrica no pot reconèixer. Ell ho va explicar amb una petita nota clínica: una noia que no podia entrar a les botigues descobreix, en la conversa amb el psicoanalista, que hi ha un incident anterior amb un pastisser que l'ha afrontada sexualment a la botiga (Freud, Proyecto de psicología (1950a) 1986, 400-403). Allí on hi ha una experiència difícil de reconèixer psíquicament, apareix un substitut que conté el patiment però es percep absurd: efectivament, només és el missatger d'una topada, d'una experiència en el cos intolerable psíquicament.

Amb els seus estudis el que mostrava és que, més que factors objectivables científicament, la histèria obria un camp de relació entre el cos i les representacions, però també entre el cos i la falta de representació, en un ésser vivent marcat des del

naixement per la immersió en un univers de llenguatge. Obria el camp a les veritats no objectives que l'home que parla, separat per sempre de la naturalesa, ha d'afrontar. Aquí la riquesa dels casos clínics exposats per Freud dona raó de la necessitat de no intentar establir regularitats allí on l'objectiu és que cada pacient pugui trobar la seva singularitat. Igualment, anava trobant més honest desvelar el símptoma que no dissoldre'l per suggestió.

Els autors dels *Estudis sobre la histèria*, Breuer i Freud, indicaven que les comunicacions dels malalts al voltant del que fa a l'etiologia no són fàcils d'obtenir atès que es tracta d'experiències desagradables i fins i tot no recordades. Però un cop s'aconseguia fer-les conscients en parlar-ne, els símptomes s'esvanien:

Per a la nostra màxima sorpresa... els símptomes histèrics singulars desapareixien de seguida i sense tornar quan s'aconseguia despertar amb plena lluminositat el record del procés ocasionador, convocant al mateix temps l'afecte que l'acompanyava... (Breuer i Freud, *Estudios sobre la histeria* (1895d) 1993, 32)

Es preguntaven si podria tractar-se d'un efecte suggestiu pel fet d'esperar que, en parlar-ne, el símptoma desapareixeria, però argumentaren que aleshores no hi hauria hagut curació en el primer cas (1993, 33 i 58).

Freud també feia servir la suggestió en la histèria, en un primer moment, per esborrar els records patògens (1993, 75); però mai no la va utilitzar per influir directament en la cura de les seves pacients sinó per aconseguir-ne les informacions al voltant de la gènesi del símptoma histèric. Per exemple, exercia una pressió amb la mà sobre el front de la malalta assegurant-li que li vindria al cap la idea que precisava per continuar el relat (1993, 277). Si bé es tracta d'una suggestió, trobava que:

per mitjà [d'aquest procediment] dissocio l'atenció del malalt de la seva recerca i meditació conscients, en suma, de tot allò en què es pogués exterioritzar la seva voluntat, de manera semblant al que s'aconsegueix quedant-se absorbt en una bola de vidre (1993, 277-278)

Contràriament a l'esforç de la voluntat o la raó que proposa la persuasió, Freud allibera les pacients de la seva subjecció i per sorpresa apareixen *les representacions patògenes* que cercaven o altres intermèdies que hi conduirien. Aquest mètode és el precursor de la «regla fonamental» (Freud, Sobre la dinàmica de la transferència (1912b) 1986, 104 i nota 11) – encara vàlida avui dia – en la qual es demana als pacients que parlin del que els passa pel cap sense exercir-hi crítica ni censura. Més endavant explicà que amb aquest sistema el que feia era sorprendre el *jo* i esquivar -ne la defensa atès que el que buscaven no podia ser accessible directament a la consciència (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 284). El que assenyalava Freud en aquest moment – i també era una sorpresa era l'aparença de gran coherència i sentit amb què s'endreçava el material fragmentari (1993, 282) que anava apareixent amb aquest mètode; l'ordenament donava la impressió que existia una *intel·ligència segona* (1993, 278-279); amb aquesta idea Freud indicava que no tots els pensaments es troben al mateix nivell. Aquesta construcció és la que donaria lloc a la primera tòpica freudiana que dividí el psíquic entre el conscient i l'inconscient.

Ell es preguntava per l'ús de la suggestió i trobà que en el seu cas només l'usava per obrir la porta a les comunicacions del pacient però que la revelació d'aquestes li corresponien per complet i el metge no hi havia de posar ni treure res (1993, 289). Per tant, la suggestió no ho és en el sentit d'atorgar un sentit als símptomes: s'espera que el sentit l'aportarà el pacient, i tampoc no ho és en el sentit d'influir en el sentit del que es vol trobar.

Ara bé, l'ús que Freud feia de la suggestió es va anar discernint progressivament d'una eina molt semblant: el maneig de la transferència. Quan llegim els historials clínics dels *Estudis*, trobem les indicacions de les pacients que Freud va atendre en aquesta important aposta ètica: és especialment il·lustratiu el maneig que Freud fa quan Emmy von N. li demana que calli per deixar-la parlar a ella.

I vet-ho aquí que em diu amb expressió de descontentament que no he d'estar-li preguntant sempre d'on ve això i allò, sense deixar-li explicar allò que té per dir-me (1993, 84)

Dòcil a la pacient que el feia esperar en silenci, obrí la porta de la suposició d'un saber inconscient que la pacient posseïa al voltant del que li passava, Un saber que s'havia de fer conscient tot parlant amb el metge. Perquè més enllà de la veritat i la mentida, el símptoma histèric mostrava manca de domini del *jo* sobre si mateix: la histèrica no és la mestressa del seu símptoma i el metge hi té alguna cosa a fer. La influència del metge, Freud la va anar traspasant al poder de la paraula de la pacient. Paraula que revelava un saber d'un ordre divers al científic. En aquest punt, podríem establir una correspondència amb les afirmacions de la resta d'autors: el metge influeix. Per a Freud es tractà de poder discernir de quina manera influïa, per què i com s'havia d'usar aquest coneixement, més que apartar-se'n sense saber.

Encara una consideració més per anar aclarint el gir envers la transferència: al costat del sentit que les malaltes anaven donant als seus símptomes i a l'origen traumàtic que en podien dilucidar, hi havia fenòmens fora de la cadena de discurs que escandien els relats. És clar, per exemple, en el cas de la Senyora Emmy von N. (1993, 71-123), el fet que, al llarg del tractament però lateralment, anava manifestant la seva reticència contra els metges i l'assegurament de la seva condició de malalta. Aquesta reticència fou descoberta per Freud molt de temps després en revisar el cas:

Alguns anys després, en una reunió científica, em vaig trobar amb un destacat metge compatriota de la senyora Emmy i li vaig preguntar si coneixia aquesta dama i si sabia alguna cosa referida al seu estat. I sí, la coneixia, i ell mateix li havia brindat tractament hipnòtic, però havia escenificat amb ell – i encara amb molts altres metges – el mateix drama que amb mi. Després d'arribar a estats miserables, havia premiat amb un èxit extraordinari el tractament hipnòtic, per enemistar-se més tard de sobte amb el metge, abandonar-lo i reactivar tota la dimensió de la seva condició de malalta. Era la «veritable compulsió de repetició» (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 122 nota 51).

Efectivament, el cas està ple de referències a l'actitud de la pacient amb el propi Freud i altres metges. Freud no se n'adonà fins temps després atès que la pròpia posició en el

cas és el més difícil de copsar. Però la seva actitud investigadora li permetia entrellucar aquestes qüestions, recollir-les i interpretar-les retroactivament. El de *transferència* és el concepte clau que Freud va desenvolupar a partir de tots aquests esclariments. La va distingir de la suggestió i esdevingué l'operador de la psicoanàlisi.

Veiem que, tot i que hi ha algunes consideracions respecte del cervell, no és el que més ha interessat la psicoanàlisi, atès que la seva intervenció no és a través del cos sinó a partir de la paraula. Però els psicoanalistes no desconeixen la importància del suport orgànic en la causalitat psíquica: sense cos no hi ha malaltia, ni curació. Sense cos no hi ha excitabilitat, ni abreacció de cap mena. Tampoc interessa la qüestió «cerebral» perquè en cap cas es tracta d'aconseguir una intervenció directa sobre l'òrgan, cosa que d'altra banda és possible. El fet és que intervenir a través de la paraula obrí el camp de la responsabilitat del malalt en la gènesi i curació, el camp de la seva llibertat.

El cos introdueix aleshores una espècie de principi de dependència. En necessitar que algú ens ajudi a desxifrar aquestes dificultats, n'esdevenim dependents. El subjecte de l'inconscient és un subjecte dependent, no autònom.

5.3.3. Conclusions al voltant del concepte d'histèria

El concepte que fa de plataforma giratòria entre les dues concepcions d'histèria és la suggestió. És a dir, la relació del malalt amb la paraula, que implica que la paraula té efectes sobre el cos.

La suggestió com a causa i desenvolupament de la malaltia histèrica va prendre camins diferents segons com se'n considerés l'articulació amb el cos. Si, com Babinski, es pren com una influència del tipus de la hipnosi, la suggestió mouria el cos de l'histèric com un autòmat. Si, com Freud, s'entén com l'atansament a una identificació de l'Altre en un moment de vacil·lació personal, la suggestió mouria el cos des del lloc més pregó i enunciaria la veritat de les preguntes que el subjecte no sap formular.

La teoria de Babinski és una teoria amb poca potència explicativa. Ja en el seu temps va ser criticada, per exemple per Pierre Janet, un altre company dels cursos de Charcot. Reduir la histèria a la reproductibilitat per suggestió i la cura per persuasió no supera el rigor científic requerit per a l'explicació d'una malaltia mental atès que no explica l'origen de la malaltia, que podria ser qualsevol altre (Janet, *Les névroses* (1909) 2006, 279). Manca en Babinski una teoria de la suggestió i, en qualsevol cas, Janet considerà que, si es pot curar el pacient per suggestió, això vol dir que el subjecte encara està malalt (Janet, *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* 1973, 427).

Per la meua banda voldria introduir la següent reflexió: la medicina aliada amb la ciència ha considerat que no s'ha de permetre la influència dels prejudicis del metge en l'exercici de la seva disciplina – en aquest punt estem d'acord metges, practicants de la bioètica i psicoanalistes lacanians – però, si ens hi fixem, en la pràctica aquesta idea se sosté només en un sentit: el no científic. Per a metges i professionals de la bioètica, si és en sentit científic, aleshores la suggestió no només no és desaconsellable sinó que és necessària: aleshores es fa servir la suggestió en la forma de la *persuasió*.

Una primera pregunta que li faríem a Babinski seria la següent: com evitem la influència dels prejudicis? Ell té prejudicis malgrat que creia que els evitava. La segona, per què els prejudicis científicomorals sí que han d'influir?

Entenent la suggestió com Babinski, s'entén que existeixi aquest maneig ingenu de la paraula que consisteix a pensar que qualsevol cosa que algú posi en paraules acabarà realitzant-se per suggestió, prescindint inclús de la confiança en el metge que demanava Babinski – tot i que ell no sabia perquè, sinó només que funcionava –, per exemple creure que pel fet que s'animi al pensament positiu, el pacient aconseguirà sostenir-lo i que tindrà efectes.

La teoria de Babinski sobre la histèria conduí a la seva desaparició de la nosologia mèdica. No hi va haver una bona explicació de l'enllaç entre el cos i el psíquic; la voluntat seria un lligam feble atès que no s'observa en molts casos quina és la relació (Janet, *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* 1973, 449) (Janet, *Les névroses* (1909) 2006, 282), però a més conduïa a atribuir la malaltia a un desig franc de la histèrica. Després del seus desenvolupaments, la histèria s'acabà reduint a una simulació: aquesta és la versió que en circula en la medicina actual.

Babinski desconeixia el desig, igual que Freud; desconeixia que, més enllà de la suggestió que impliquen la paraula i l'acció del metge, el pacient llegeix un desig. No era possible que ells ho veiessin: calien els desenvolupaments de Lacan.

D'acord amb el treball realitzat sobre la histèria, es pot establir que la diferència entre els dos tipus de cos es traça al voltant de la relació que s'estableix entre la paraula i el cos. El pitiatisme suposa una relació d'exterioritat, on paraula i cos són independents. En tot cas, la paraula pot ser un afegit que, des de fora, pot dominar el cos. El metge hereu de la histèria concebuda per Babinski no es concep com a part del problema ni de la solució i es pot situar com a tècnic en relació amb la malaltia. Al mateix temps i mercès a la confiança que li fa el pacient, la suggestió del metge ha de permetre modelar a voluntat el cos i vèncer les dificultats provocades per la feblesa moral del pacient.

En canvi, en la histèria paraula i cos estan tramats, la paraula li ve de l'Altre però ressona dins del cos i el dibuixa. El significat histèria conserva la càrrega sexual de la malaltia, és a dir, la dimensió d'un ordre divers al de la medicina científica: la dimensió de l'enigma que el fet de tenir un cos planteja a l'ésser que habita el llenguatge. El metge que accepta tractar la singularitat de la histèria sap que no forma part del problema com a persona però que hi està compromès per la seva funció i que se li demanarà ocupar aquest lloc. Renuncia a la suggestió i obre la porta a l'escolta. Aquest metge no ha deixat de banda la vessant de la medicina com a art.

Freud era neuròleg. Per tant, interessat en el cervell. Però el que el seu descobriment implica és que el psíquic no es redueix a aquest òrgan sinó que s'estén pel llenguatge – i per tant per l'Altre – i, amb ell, per tot el cos. La relació que s'hi estableix no respon a les lleis de l'anatomia sinó més aviat a les lleis del llenguatge i la relació amb allò que el llenguatge no pot abastar.

El cos que esdevé amb els *Estudis* de Freud és un cos travessat per la paraula. Un cos en què tot allò relacionat amb l'experiència que les paraules no arriben a dir, però que constitueix una pregunta per al subjecte, es diposita en el cos com un fragment¹⁸ pendent de resoldre. Un cos en el qual allò que les paraules no diuen és mostrat.

Aquests fragments, signes de la pulsio que, tot reclamant satisfacció, desordena el cos, introdueixen un element de desraó, una manera de fer que no s'avé amb la racionalitat i, per tant, el seu reconeixement precisa de la interpretació. Va ser la conversa amb el neuròleg l'el que introduí la possibilitat de llegir i interpretar l'experiència. Per tant, la conversa és imprescindible.

La psicoanàlisi s'ha desenvolupat en el supòsit que el subjecte es pot fer responsable del seu desordre pulsional, que, sota transferència, pot trobar les claus que l'ajudin a comprendre'n la lògica per manegar-lo una mica millor.

Per cloure aquest punt em sembla que ens ajuda la següent reflexió de Foucault:

La lectura clínica, en la seva forma pura, implicava una sobirania del subjecte que desxifra, que, més enllà del que lletrejava, donava ordre, sintaxi i sentit. L'ull mèdic, en l'experiència anatomicoclínica, no domina sinó estructurant ell mateix, en la seva profunditat essencial, l'espai que ha de descobrir (Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* 1985, 195).

Per tant, orienta en la línia de pensar el cos que es descriu no tant com a realitat sinó com a construcció del discurs. Un ordenament correlatiu al desxiframent que el metge

¹⁸ El *Seminario 11* i el *Seminario 23* de Lacan avançaren sobre aquestes qüestions.

pot ajudar a realitzar: si se situa en el lloc de l'oient, concedeix prioritat al que el malalt pugui dir. Si, diversament, el metge ordena les dificultats des de la seva mirada, posa per davant la pròpia idiosincràsia.

Com deia Foucault i he citat en la introducció, «el pensament mèdic està compromès per dret propi en l'estatut filosòfic de l'home». Subscriu aquesta tesi amb el present treball en afirmar que la concepció de cos que es deriva de la medicina de Babinski o la de Freud impliquen una clínica i una ètica distintes. Em sembla que es una pregunta que cal mantenir oberta i fer ressonar en la medicina quan gira l'esquena a la filosofia, a la psicoanàlisi, a la paraula.

5.4. SOBRE LA TERAPÈUTICA

Intentaré a continuació fer una connexió entre el concepte de cos concebut per cada disciplina i la terapèutica.

En el tractament de la histèria no s'ha perdut mai la idea de la necessitat de l'*aïllament moral* al qual he fet referència en l'apartat *Antecedents*. És a dir, a la necessitat de sostreure el pacient a la influència suggestiva de les persones del seu entorn.

En el cas d'aquests dos metges la suggestió és l'eix del treball, però, com ja s'ha dit a l'inici, Babinski l'usà sense més consideració – quan li semblava que la veritat sostinguda era de caire científic no posava obstacle a la suggestió del pacient –. Freud va ser més prudent i orientà la seva pràctica a evitar la suggestió en totes les seves vessants, radicalment.

5.4.1. La cura de la histèria segons Babinski

Pel que fa al tractament, Babinski en donà tres eines: la psicoteràpia, la persuasió i la contrasuggestió.

Babinski s'adonava que el primer contacte, el primer *cos a cos*, es realitza en *condicions particularment favorables* des del punt de vista terapèutic. És el moment de *fe més viva* del malalt en el seu metge; a aquest sentiment s'hi agrega encara una classe *d'aprensíó, emoció, ansietat que secunden els esforços curatius*. No és una emoció forta que acabi amb la histèria, és menor, però pot distreure el malalt de la seva suggestió (Babinski i Froment 1918, 217).

La confiança s'estableix principalment per la fe en la capacitat de curar d'aquell metge (1918, 215). És un dels casos en què considera que la suggestió entre pacients serà benèfica: quan uns convencen els altres de la seva fe.

Per tant, tenim l'aïllament moral, la confiança i la suggestió. Ara per ara veiem que es tracta de manegar «objectivament» els elements que, també «objectivament», redueixen els atacs d'histerisme. Res de fer parlar els pacients donat que la profusió de sentit distreu, i arriba a obturar, la possibilitat terapèutica. Potser ha observat la tendència de la histèria a romandre ancorada en els objectes d'una satisfacció penosa a i dificultar-ne la cura.

El cos després de Babinski és un cos que se suposa dòcil al sentit, en una relació lineal en què el cos és obedient al llenguatge com un objecte que depèn de la seva configuració. La paraula té una relació lateral amb aquest cos: un organisme que respon a una suposada llei natural. Per això, la persuasió que és una eina que procedeix per raonament – a diferència de la suggestió, que pot fer servir elements irracionals – serviria com a antídoto que consisteix a poder convèncer el malalt que no és real el que li esdevé, que no hi ha res de malalt en el seu cos, que és imaginari (1918, 218). S'ha de procurar no ferir l'autoestima del malalt assegurant-li que això els passa als homes més intel·ligents, morals i valuosos. Podem veure com els tractaments cognitivocomportamentals segueixen aquest patró.

La persuasió és emprada, aleshores i ara, com eina terapèutica, però no se'n qüestionaren mai el funcionament ni les implicacions. Tal com la plantejaven, era qüestió de funcionament: se n'adonaven que, per la suggestió del metge, la simptomatologia creixia o desapareixia i ho inclogueren en l'arsenal terapèutic. Els pacients privilegiats en els seus estudis varen ser els ferits de guerra, per tant, homes. Babinski comptava amb molts col·laboradors, metges que li enviaven casos clínics o que participaven en els grans estudis prospectius que organitzava. Entre ells, en el text de referència, he trobat un relat de cas sorprenent que és particularment il·lustrador de l'ús de la contrasuggestió: el 1916, un vaixell de passatgers requisat pel govern per al transport de tropes durant la Primera Guerra Mundial naufraga. S'hi troba Clunet, oficial de l'exèrcit i metge. El succés li permet de realitzar un estudi sobre les manifestacions «pitiàtiques» dels soldats. L'autor divideix l'experiència en quatre fases: 1) el vaixell és torpedinat i en 17 minuts s'enfonsa, 2) durant 18 hores els mariners s'estan a un bot – és un temps de sofriment físic causat pel fred –, 3) a bord del torpediner que els recull, moment de les manifestacions «pitiàtiques», i 4) distribuïts entre diversos vaixells durant vuit dies abans de reprendre el retorn a la vida normal.

En el primer període destaca que s'adonen del perill d'enfonsament i posa en relleu un silenci contingut: alguns soldats calms, d'altres agitats i els trets d'alguns homes que es suïciden. L'autor, calculant l'aspiració que el vaixell produirà en enfonsar-se, pot marxar nedant fins que troba un bot i s'hi enfila. Segon moment: altres camarades pugen al bot, són uns 17. Fa fred, hi ha aigua al bot i la pell se'ls estova, comparteixen la roba. Algunes manifestacions de desesperança o insubmissió son avortades amb la fermesa de l'oficial. Cap manifestació «pitiàtica» entre els seus homes ni aleshores ni en els dies posteriors. Troben el torpediner que els salvarà, la mala mar dificulta la tasca, però se'n surten. En l'entretant l'oficial Clunet visita els altres rescatats i observa que un gran nombre presenta fenòmens pitiàtics: «Tetraplegia, paraplegia, mutisme, riure babau irrefrenable, plor espasmòdic, gemecs, sanglots, lladrucs, tremolors que arriben a l'espasme dels membres superiors, però no grans crisis convulsives». D'un total de 600 naufrags hi ha uns 30 ó 40 malalts. «La terapèutica és simple» – després de ser convenientment atesos físicament –: el metge els va agafant un per un i traient-los la

roba els flagel·la davant dels altres, felicitant-los ardentment i sincera, per la prompta recuperació. Els que no es curaren per la sola visió dels seus companys, es curaren amb la dosi de flagel. La cura és persistent en el temps. L'autor del relat encara es permet la ironia d'assenyalar com de diferent hagués estat el resultat terapèutic si s'hagués procurat als malalts llit i cura femenina (1918, 34-37).

No se li va acudir preguntar-se per què alguns d'aquests homes varen ser curats immediatament en veure els companys i en canvi alguns altres varen esperar a rebre la seva dosi de flagel, tot i tenir una idea que hi ha desitjos que condicionen malalties i curacions. Aquí hauria trobat un obstacle a la senzillesa de la seva explicació.

El relat es esfereïdor per diversos motius, entre els quals la sang freda del narrador. El diagnòstic és ben ràpid i dubtós. La terapèutica, a més de simple, cruel. Em sembla que podem indicar que hi havia un afany investigador que ultrapassava el desig científic. Babinski no se n'adonà, se centrà en la descripció fenomenològica sense atendre al significat de tot plegat. Podem afegir que en aquell naufragi varen desaparèixer 1.100 homes i que tots els navegants eren inexperts components d'un regiment colonial (Seguin 1918).

L'elisió del patiment propi i aliè és constant en el relat d'aquests casos.

De totes maneres, i seguint amb el pur tarannà investigador, Babinski no considerava que era qüestió simple, no es tractava d'afeccions imaginaries que podrien desaparèixer amb un esforç de la voluntat sinó que hi ha condicions: la primera, la confiança del malalt en el seu metge. Com he dit, aquesta confiança es basa en el testimoni d'altres malalts, és a dir, que és una confiança que el metge el podrà restablir. La segona, la influència positiva de l'entorn quan aquesta confiança s'estén. És una confiança que s'ha de cuidar molt, per exemple amb bons diagnòstics.

És així que el neuròleg es forja en el seu medi, per al més gran bé d'aquells que cuida, la reputació d'un curador infalible. La seva potència psicoterapèutica és més gran a partir

del moment en què no es posen més en dubte la seguretat del seu diagnòstic, la precisió del seu pronòstic i totes les seves afirmacions (Babinski i Froment 1918, 216).

Així mateix, aconsella certa brusquedat en el tractament per sorprendre els malalts (1918, 217).

Una altra qüestió no explorada per Babinski és la de la confiança. No explica per què la confiança té aquest poder, més enllà de l'efectiva autoritat del metge, només ho constata. Babinski, quan arriba a conceptes relatius al vincle, els pren com una dada. Abans ho hem vist amb la influència del metge i ara amb la confiança.

Una indicació que Babinski fa més d'un cop en aquest text té a veure amb la profilaxi i aquí se centra en la influència del curador: de les infermeres que amb la seva sol·licitud no fan més que allargar el fenomen i dels metges que per la seva autoritat suggereixen inconscientment la seva evolució. Aconsella per això que els professionals tinguin una «constant vigilància» de si mateixos. És una idea que la psicoanàlisi comparteix i ha estudiat profundament. Babinski considerava que era pura qüestió de voluntat. Freud ho va considerar altrament i, anys després, Lacan va desenvolupar-ne eines molt específiques. El metge, igual que tot ésser humà, no està lliure dels seus fantasmes i la més estricta vigilància no serveix de res quan és cec en el punt que el concerneix.

Orientat pel funcionament, Babinski obtingué una terapèutica, però es va perdre el més interessant de la histèria: el fet que amb els seus símptomes i patiment assenyala que, més enllà del coneixement, hi ha el desig.

5.4.2. La cura de la histèria segons Freud

Hem vist en l'apartat sobre la histèria que el treball que feia Freud tenia a veure directament amb el maneig d'una conversa. Una conversa especial, que no és la que té lloc entre amics, però tampoc entre mestre i alumne o metge i pacient. Va ser una pacient histèrica, Ana O., qui va proposar el nom «talking cure» (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 55) (cura de conversació) al procediment seguit per Breuer.

La lectura dels casos és il·lustrativa del mètode: Elisabeth von R., per exemple, havia contret una paràlisi a les cames després de tot de circumstàncies adverses en la seva vida: havia cuidat el pare malalt fins a la seva mort, les malalties de la mare l'havien obligat a tenir-ne cura; algunes baralles familiars van minar el seu ànim; i finalment la mort de la seva germana quan estava embarassada va marcar l'inici de la paràlisi. La suma d'aquestes ocasions podia semblar la causant de la sobrecàrrega que la noia patia i l'origen del trastorn histèric. La conversa així semblava demostrar-ho. Però Freud no hi trobava relació, tot i que el sentit de la pacient i la coincidència en les dates apuntessin a aquesta gènesi. Aquestes dades podien despertar la compassió i la simpatia del metge, el convenciment que es tractava d'una histèrica, però cap esclariment científic. Igualment, res de tot això no contribuïa a la curació.

Va ser el primer cas en què no va utilitzar la hipnosi en cap moment, només la conversa. El tractament prosseguí després d'aquest primer recull històric però la història canvià de nivell, varen començar a aparèixer les renúncies que la pacient havia hagut de fer per raó de les dificultats familiars, renúncies de caire amorós. Encara no hi havia motius de contracció de la histèria conversiva. Però el que de mica en mica s'anava desvelant era l'amor que s'havia anat despertant pel seu cunyat - marit de la germana que va morir - i especialment la contigüitat de dos fets: la mort de la germana i el pensament fugaç: «ara em podré casar amb ell». El dolor moral de tal sentiment va ser intolerable i el dilema inconscient entre el *cercle de les seves representacions eròtiques* i les *representacions morals* (1993, 178) acceptades en la seva vida es va resoldre amb la repressió del pensament de contingut amorós. Al mateix temps, l'afecte aparellat s'alliberava i es derivà al cos. Aquesta troballa va ser el inici de la curació definitiva de la pacient.

Veiem amb aquest exemple que la conversa amb les histèriques mostrava que en l'origen hi havia una vivència de la que s'havia reprimat el record. L'afecte provocat – desaparellat del record reprimat – s'havia desplaçat a una altra representació. La repressió era deguda o bé a la naturalesa del fet, per la coerció social, o bé perquè el subjecte mateix ho volgués oblidar perquè era desagradable (1993, 35-36). No obstant la

repressió, aquest afecte seguia pulsionant en l'inconscient del malalt i produint efectes en la seva conducta fins que no era alliberat el record original. Una manera de descarregar l'afecte és una reacció física, per exemple pegar a qui ha ofès. Però Freud assenyalà que la paraula és *un substitut de l'acció* (1993, 34) i, per tant, que parlar també provoca la descàrrega de l'afecte.

Per altra banda, també podia esdevenir-se que en l'experiència el problema de tramitació psíquica no fos la repressió sinó l'estat psíquic en què va tenir lloc: en un estat de terror o en un estat de semiconsciència, com quan se somia despert (1993, 36). Es produeix en tots els casos una escissió de la consciència. Els grups de representacions que s'obtenen per aquest procés quedarien desconnectats de la resta de grups del pensament però connectats entre si, formant una realitat paral·lela, de manera que el grup histèric s'innervés corporalment (1993, 41). El desallotjament d'un pensament de la consciència deixa lliure una excitació que, si no és descarregada o no s'associa psíquicament, es desvia cap al cos del malalt (1993, 133).

Una condició indispensable per contreure una histèria seria que la representació introduïda fos inconciliable amb el *jo* del subjecte. Per alliberar-se'n, l'excitació es convertiria en una innervació corporal, amb el guany que desapareixeria de la consciència del malalt (1993, 138). Freud considera, a més, que en tot el cas es tracta d'un *acte de pusil·lanimitat moral* però al mateix temps d'un *mecanisme protector del jo* (1993, 139). No es tracta tant d'un judici moral com de la constatació d'allò que Lacan anomenà, anys més tard, *retrocedir davant el propi desig* (J. Lacan, El Seminario 7. La ètica del psicoanàlisi 1988).

Freud va anar acotant el camp del desig inconscient a la sexualitat (Breuer i Freud, Estudios sobre la histeria (1895d) 1993, 142-143). Avui en dia no n'és l'únic – encara que pugui ser privilegiat en molts casos –, sinó que parlem de *gaudi* com un camp ample que designa la relació de l'ésser que parla amb el seu cos. El gaudi abasta des del plaer fins al dolor passant per una satisfacció estranya en el dolor (J.-A. Miller, Los seis paradigmas del goce 2000, 141-180).

Els primers assajos terapèutics de Freud eren la resolució per catarsi o abreacció, també utilitzava la hipnosi. Ell mateix reconeixia que eren mètodes simptomàtics que no anaven a les causes i que, per tant, era possible que apareguessin nous atacs.

Al mateix temps, s'adonava que la confiança en el metge i la relació amb ell eren els factors principal que s'hi jugaven i es convertien en condició del tractament que – en l'entretant – se centrava en la recerca de l'origen de la neurosi a partir de les associacions de la pacient. Va anar realitzant una reducció del treball analític al vincle entre metge i pacient a partir del concepte de *transferència* que va desenvolupar anys després. Els seus treballs específics sobre aquest tema són de la segona dècada del segle vint, és a dir entre quinze i vint-i-cinc anys posteriors als *Estudis*.

La transferència (Freud, Sobre la dinàmica de la transferència (1912b) 1986) (Silvestre, La transferència 1988) és el que es produeix en el vincle entre qui consulta un altre per raó del seu saber i aquest altre. Especialment s'esdevé entre pacient i metge, pacient i psicoanalista i alumne i professor. La psicoanàlisi ho ha convertit en objecte del seu estudi: qui consulta algú per raó d'un saber, sovint pot dipositar en l'Altre¹⁹ un afecte que va més enllà del saber que els relaciona. Quan el treball d'aquest Altre s'adreça a fer reconèixer i produir un saber al voltant d'aquest afecte, saber que transformarà el subjecte, estem en el terreny de la psicoanàlisi. El malestar que condueix a consultar un psicoanalista tindrà com a destí una elaboració sobre la manera de fer vincle del consultant. La consulta pot estar relacionada amb dificultats d'ordre divers, però la manera d'estar al món, la percepció del cos i la relació amb els altres hi tenen un paper destacat.

Tanmateix, en la producció del saber al voltant del vincle, en la producció de l'elaboració significant al voltant d'aquestes qüestions hi ha un límit: allò que és impossible de representar.

¹⁹ L'Altre, amb a majúscula, és un concepte de la psicoanàlisi que indica que l'altre és, per a cada subjecte, un lloc al qual adreçar-se en la recerca del sentit. Ho explicaré una mica més en l'apartat *El lliure albir* d'aquest capítol.

Es pot avançar que aquest punt irrepresentable té a veure amb l'experiència del cos viu quan aquesta experiència crida la recerca de sentit, amb el gaudi que explicava en la introducció d'aquest treball; sentit que necessita una interpretació i que, per tant, necessita l'Altre. Si l'irrepresentable té que veure amb l'experiència del cos viu, del gaudi, podem copsar la importància del paper del metge?

En aquest punt, des del inici, es juga la partida principal de la transferència. La transferència és el traspàs dels punts enigmàtics i conflictius de la vida del subjecte a la relació amb el metge, és el traspàs de les preguntes més difícils de respondre, les que no tenen resposta i a les quals només es pot accedir parcialment rebutjant les respostes universals i donant la paraula al subjecte. El mateix es produeix en les altres relacions esmentades sense que aquest impossible es consideri la tasca principal de metge o mestre i, per tant, sense que aquests l'hagin de conèixer per força. Per al metge, el fil conductor és la salut; per al mestre, l'ensenyament/aprenentatge. Però tant a metges com a mestres se'ls presenten en la pràctica fenòmens que es podrien llegir en clau de transferència: el pacient o l'alumne interpreten, posen en escena, davant del professional, allò que els travessa. En aquesta interpretació apareixen les preguntes que el subjecte encara no pot posar en paraules i que tenen a veure amb qüestions que comprometen el sentit particular de la vida, el lloc que li és atorgat en el món. Per exemple, hi ha nens que són rebutjats dels grups d'iguals i que també tenen dificultat per fer-se un lloc entre els professors. Podem dir que es fan rebutjar? Què hi pot fer el mestre? Hi ha pacients que es resisteixen a ser explorats. Potser viuen com una invasió la cura del metge? Què pot fer-hi el metge? Les histèriques, què feien si no és assenyalar els límits de la potència de la medicina? Però, per què cada una havia de fer caure sobre el propi cos aquests impossibles? Quina pregunta li era adreçada al metge?

Per tancar aquest apartat, voldria dir que aquestes tres disciplines – medicina, ensenyament i psicoanàlisi – prenen el seu veritable sentit a partir del mateix punt: quan un aspecte de l'irrepresentable cedeix, per dir-ho així, i aconsegueix ser expressat modificant els subjectes en joc; quan alguna paraula travessa el silenci del cos i dona forma a una millor manera d'estar al món. El maneig de la transferència és ineludible quan s'arriba a aquest punt.

La transferència és el que possibilita l'operació per suggestió, és a dir, la imposició una perspectiva. Quan Freud se'n va adonar, va renunciar a la suggestió per qualsevol via, ni tant sols per la persuasió. La seva opció va ser per la transferència com a ús de la influència del metge que obrís pas a la paraula i significats del malalt (Freud, Sobre la dinàmica de la transferencia (1912b) 1986) (Freud, Sobre la iniciación del tratamiento (1913c) 1986).

5.4.3. Conclusions sobre la terapèutica

Ens adonem que la confiança és un factor terapèutic clau per a tots dos autors, atès que la suggestió no és possible sense ella, però la divisòria d'aigües que varen establir amb el maneig de la paraula donà lloc a dues concepcions terapèutiques absolutament diverses. Per a Babinski és condició de tractament per a Freud és condició i mitjà.

Babinski curava per alienació i Freud, per separació. L'alienació suposa l'acceptació de les paraules que venen de l'Altre per resoldre un símptoma. La separació implica l'ús de les pròpies paraules però sobretot del reconeixement de la seva finitud. La separació aboca a un registre fora del sentit en el símptoma.

Voldria fer notar el punt on Babinski s'adonà que una sèrie d'emocions del malalt acompanyaven els primers triomfs terapèutics, i on també observà que hi ha emocions que acompanyen les paraules (Babinski i Froment 1918, 217). És el que amb Freud podem distingir com a transferència dels lligams d'objecte en una direcció que va des de la malaltia envers el metge i és el que tots dos utilitzen a favor de la cura. Però Babinski des d'una posició d'amo, de qui sap què convé al malalt, Freud, en canvi, des d'una posició investigadora, de qui busca amb el malalt la veritat de la que parla el seu símptoma.

Entenent la suggestió com ho feia Babinski s'arriba al maneig maniqueu, encara que ingenu, del pacient per part dels terapeutes, que consisteix a pensar que qualsevol cosa

que un posi en paraules acabarà per realitzar-se: el pensament positiu n'és l'exemple privilegiat. La suggestió, fins i tot sense confiança en l'altre, acabarà per imposar una realitat més amable al malalt.

Freud renuncià a usar la suggestió en la construcció de sentit que feia la histèrica i només l'acompanyava en la cerca d'allò reprimat, mantenint una posició de neutralitat. Ni Freud ni Babinski no s'adonaren, malgrat reconèixer que la suggestió implicava l'Altre, que implicar l'Altre vol dir implicar-ne el desig, un desig que desconeix. Babinski, perquè el negava, simplement; Freud, perquè no podia veure'l atès que va ser el primer d'avançar en aquesta via (Cottet 1988). Però, i això és el més important, seguir Babinski porta a una ètica del domini – Foucault assenyala que la suggestió, tal com la manegava aquest metge, implicava l'alienació del malalt (Foucault, *Enfermedad mental y personalidad* 1979, 24) – mentre que seguir Freud duu a una ètica de la neutralitat.

La histèria posa sobre la taula que hi ha una relació essencial entre la paraula del metge i el seu pacient. Partint d'aquesta consideració i recollint el concepte d'home que cada concepció suposa, entraré ara en qüestions d'ètica.

5.5. DE LA HISTÈRIA A L'ÈTICA: COM LLEGIR EL COS EN MEDICINA?

He pres la histèria com a pedra de toc per analitzar la relació entre el cos i les paraules. Es pot fer una transposició del cos estudiat a partir d'un diagnòstic psicopatològic fins al cos que tracta la medicina?

En primer lloc he mostrat que la paraula que expressa patiment fa més complexa la relació assistencial perquè introdueix elements de desraó i confusió en l'anàlisi científica de la malaltia considerada des de la vessant orgànica. Babinski ho va dir clarament: la paraula del pacient no aporta elements que col·laborin en la comprensió científica de la histèria.

Freud va capgirar la manera de fer de la medicina per estudiar aquest aspecte: donà la paraula a les pacients. Amb aquest gest aclarí tres coses: la primera, que el metge pot tractar la histèrica que se li adreça si converteix el seu símptoma corporal en una pregunta; la segona, que la histèria té una lògica pròpia; la tercera, que aquesta lògica no encaixa en la lògica de la medicina tal com està plantejada.

La histèria és psicopatològica o expressa una manera d'estar en el món?

A continuació tractaré breument el que em sembla que és la diferència essencial entre el metge i la histèrica en la manera de copsar la malaltia, que també es pot aplicar a la diferència entre el metge i qualsevol malalt. El metge se sostreu ell mateix per organitzar els problemes que se li plantegen: és la condició que imposa el coneixement científic. La histèrica no concep la solució d'un assumpte sense estar-hi inclosa. Per a ella el problema principal és la seva inclusió en el món i això només es pot analitzar a partir del vincle. Intentar resoldre aquesta qüestió des d'una perspectiva científica no fa més que empitjorar la situació perquè promou una major desagregació.

Qui consulta el metge no ho fa mogut per un interès científic, consulta per interès propi. El pacient es troba inclòs en el problema que el duu al metge. Emmalaltir suposa l'experiència d'un cos que fracassa, pot provocar des de malestar fins a dolor, sovint implica l'horitzó de la mort, pot suposar canvis substancials en la manera de viure. Emmalaltir suposa una ruptura en la continuïtat de l'existència i, com totes les ruptures, convoca la necessitat del malalt de comprendre.

El metge científic s'ha especialitzat en el sentit de la malaltia prescindint dels aspectes personals de l'emmalaltiment. El metge analitza els senyals de la malaltia i els fa encaixar en les categories universals a partir de què situa el seu coneixement i la seva posició. Però els malalts que el consulten per la malaltia no sempre es conformen amb la interpretació del sentit científic del que els passa. Quan hi ha problemes en la relació entre metge i malalt, podem pensar que el malalt està fent una crida a poder donar

sentit a tot allò que la malaltia imposa en la seva experiència del cos i en les seves expectatives de la vida. Fins a tal punt els interessen aquests aspectes que de vegades els interessen més que la curació mateixa. És a dir, que el pacient demana coses diverses al metge, una de les quals pot ser la «curació». Però de vegades ni tan sols no demana ser curat (J. Lacan, *Psicoanálisis y medicina* (1966) s.f., 91), perquè de vegades el pacient no està malalt per causa d'una malaltia, està malalt per causa de la seva vida, dels enigmes a què ha de fer front. Això configura el seu gaudi. I si no resol la vida, resoldre la malaltia no té sentit. Si aquesta confrontació s'expressa en el cos, el malalt entén que el metge pot donar-hi una resposta. Per això va a visitar-lo per qüestions que no són malalties en el sentit científic però que concerneixen el gaudi.

Però la medicina s'ha especialitzat en un sol aspecte del que es demana al metge: la curació. Per això quan el malalt va a demanar-li quelcom, el metge respon invariablement des de la perspectiva d'aquell a qui se li ha demanat de curar. Igualment l'ètica en medicina es preocupa per l'ètica de la curació. Preocupar-se de la curació des de la perspectiva científica implica acudir a un universal que pugui donar raó del conflicte particular i resoldre'l.

Preocupar-se pel malalt des de la psicoanàlisi implica oblidar l'universal i donar pas a la particularitat. La particularitat del malalt no es troba en la curació, es troba en la singular manera d'emmalaltir. Podríem dir que hi ha una ètica de l'emmalaltiment. Copsar-ne la lògica, única en cada cas, és el que orienta el camí de la cura. Aquesta és la que interessa la psicoanàlisi.

Podem apreciar-ho des de la perspectiva dels dos metges estudiats: amb la seva exploració, Babinski procurà un discerniment que es considerà objectiu. El subjecte professional podia distanciar-se de l'objecte d'estudi per copsar-lo com un tot a explicar. Hi trobà regularitats i lleis que n'explicaven el funcionament i donava algunes claus per redreçar-ne la disfunció. Així, consolidà una ètica de la mirada en la que és el metge com autor el que decideix.

En aquesta versió del cos, el patiment és una disfunció i la terapèutica consistirà a redreçar-lo, a situar el subjecte en la línia d'una millor adaptació de les seves respostes. L'ètica està en relació amb la capacitat de l'individu de donar respostes adaptades al món (Léguil, *L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?* 2008, 99-106).

Per altra banda, Freud obrí el camp a una ètica de l'escolta en què el metge com artista, o tal vegada com una llevadora, ajuda a donar forma a quelcom que sorgeix del sofriment del pacient. La seva exploració procura un discerniment que no és objectiu però que ha de ser independent de la subjectivitat del metge. El metge intenta trobar les claus de la comprensió i donar-les-hi al que escolta perquè aquest pugui conèixer-se millor i comprendre la raó en la seva desraó, la lògica oculta del seu gaudi.

El patiment és fruit dels conflictes del subjecte que obren la dimensió del seu anhel de viure d'un altre manera. La terapèutica consistirà a contribuir a donar una millor expressió al malestar per via de la paraula.

La psicoanàlisi reconeix al patiment certa noblesa. Patir no és esdevenir indigne, és percebre que hi ha en nosaltres una inquietant estranyesa, com la va anomenar Freud, que ens obliga a descentrar-nos de la imatge que tenim de nosaltres mateixos, que ens obliga a deixar l'esfera del narcisisme per comprometre'ns en el camí del desig inconscient (Léguil, *L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?* 2008, , 111-112).

Per aquesta via, el pacient es compromet èticament en assumir que el que li passa no és fruit d'una casualitat que només pateix sinó que té a veure amb una relació particular amb el malestar.

Babinski fixà un cos màquina, un cos que funciona obeint lleis naturals, que no depenen de la paraula.

Freud donà pas a un cos que és un espai de vida atrapat pel llenguatge, travessat pels conflictes, malentesos i històries que li han estat adreçades o per les qual s'ha sentit concernit. Un cos en què les paraules ressonen, commouen, assosseguen o

desassosseguen. Un cos separat de la natura i sempre pendent d'alguna cosa que li falta per trobar la regularitat.

La possibilitat que el metge se situï en posició de control sobre el patiment o que cedeixi el control al malalt defineix dues maneres de considerar els límits del saber mèdic que enfronta la histèria, defineix dues ètiques.

5.6. L'ÈTICA EN MEDICINA I L'ÈTICA EN PSICOANÀLISI

5.6.1. El lliure albir

L'autonomia es fonamenta en la creença en el lliure albir. Com es fonamenta la llibertat de l'home per escollir? S'acostuma a pensar el lliure albir com un axioma, per això les explicacions solen tenir caràcter mític. Al segle XV, Pico della Mirandola ideà un mite segons el qual Déu, en haver acabat la creació, sentí desig d'algun ésser que pogués apreciar la seva obra i va crear l'home a qui, havent esgotat totes les qualitats en els altres éssers, va atorgar la possibilitat d'esdevenir ell mateix, amb tots els matisos que es despleguen entre el sublim i l'abjecte. Calia el lliure albir per lloar l'obra de Déu i Déu l'atorgà a l'home perquè no li quedava res més per donar (Mirandola 2004).

El mite de Mirandola fa néixer el lliure albir del desig de Déu i la seva falta.

Lacan, al segle XX, donà una explicació fonamentada en la praxi del llenguatge, és a dir, fonamentada igualment en el desig i la falta però ja no de caràcter mític: el llenguatge separa l'home de la natura definitivament. L'animal sap què ha de fer sempre, té una brúixola natural que és el instint. A través de l'instint sap com aparellar-se, què menjar, de què fugir. L'home, en posar noms i dividir així el món en què viu, se'n separa i perd la capacitat de saber què ha de fer. Ja no és un organisme, perquè també se'n separa quan passa a tenir un cos. Sense el nord de l'instint, el cos no té cap saber natural que l'orienti (J.-A. Miller, *Biología lacaniana y acontecimiento de cuerpo* 2000).

Ho hem pogut veure en la primera part d'aquest capítol amb la histèria.

La pèrdua de naturalitat que introdueix en l'home el fet del llenguatge l'aboca al lliure albir, no com una aposta romàntica sinó com una condemna: estem condemnats a escollir les nostres respostes, la nostra manera de fer.

L'elecció no sempre és conscient.

El llenguatge introdueix una raó d'un altre ordre que l'instintiva, però el cos no deixa d'insistir i de demanar una satisfacció que la pèrdua de l'instint li nega. Per això l'home depèn del llenguatge per saber què vol i què ha de fer i això l'obliga a relacionar-se amb els seus semblants – perquè el llenguatge ve del social i només en parlar a un altre podem trobar les paraules que convenen –. Quan se li reconeix alguna autoritat en la interlocució a un d'aquests semblants, l'escrivim com *Autre* amb majúscula (J. Lacan, El Seminario 2. El yo en la teoría de Freud 1997). Aquest altre podria ser Déu però també qui té un saber que concerneix íntimament l'home: el metge o el psicoanalista en el nostre cas. No és un Autre com a persona sinó que l'encarna en la funció que té pel subjecte: l'Autre és aquell a qui se li suposa tenir la resposta que convé al subjecte.

Per a Lacan, com per al Deu de Mirandola, l'Autre no la té, la resposta, però no deixa de tenir un paper fonamental en la seva recerca.

5.6.2. El marc de les eleccions

El lliure albir ens permet escollir i ens obliga a fer-ho, però això ens situa davant de qüestions difícils de resoldre perquè el lliure albir implica no només la diversitat de respostes, sinó la de referents i de posicions personals.

En el cas de la medicina, no només ens interessa el fet de dir *sí, no* o *més tard* a una intervenció quirúrgica que proposa el metge, sinó en relació a què – el metge pot

valorar el bé que és la vida, el pacient pot valorar de quina vida es tracta – i segons quina posició personal – per part del metge: solidària si un es compromet amb el patiment o diversa si un se situa en una dimensió on el patiment no compta; per part del pacient, més o menys capaç de parlar del que li passa –.

Situats en la perspectiva científica de la medicina d'avui, que no compta amb un saber sobre els valors, sobre el bé, ni sobre el desig, cal recórrer a la bioètica per situar uns referents que orientin la reflexió. Des de la perspectiva psicoanalítica, la responsabilitat té a veure amb el fet de fer-se càrrec de les eleccions conscients, però també de les inconscients, al voltant del propi patiment. Se'n segueix la possibilitat de poder-ne parlar per comprendre les coordenades i accions i replantejar les decisions.

5.6.3. De què és responsable el pacient?

Tant des de la psicoanàlisi com des de la bioètica es considera que el subjecte és responsable en la mesura en què exerceix la seva autonomia. Però l'ètica en medicina parla d'un subjecte autònom en relació al metge i independent del cos, mentre que la psicoanàlisi parla d'un cos travessat per la paraula i, per tant, d'un subjecte autònom pel que fa a capacitat legal però dependent del cos i de l'Altre en un altre àmbit.

Ser responsable significa ser capaç de decidir i de respondre d'allò que s'ha decidit. En el cas dels malalts, quan es tracta de decisions difícils, ens cal obrir una investigació al voltant de l'exercici i la interpretació d'aquesta responsabilitat. El present treball n'és una proposta que se situa en la línia iniciada des de diferents espais per les filòsofes europees Clotilde Léguil i Michela Marzano, o la sociòloga belga Nathalie Rigaux, totes elles orientades per la psicoanàlisi.

L'ús de la bioètica ens duu a observar que el cos, tal com és concebut en medicina, obliga a recórrer a altres disciplines per poder tractar la categoria de l'impossible. Què és aquesta categoria i què té a veure amb la relació assistencial? De manera molt ràpida i general, es tracta d'allò que no pot ser tractat per un discurs. Si parlem de disciplines seria allò que, essent del seu àmbit, no es pot respondre des de la disciplina perquè va

més enllà del coneixement que aquesta pot proporcionar i que obliga el professional a haver de prendre una decisió que sempre és de caire ètic.

Així, amb la bioètica els metges introdueixen de nou la consideració del malalt com a persona que la concepció del cos en la medicina actual exclou. Una primera distinció seria la de si la persona que duu la malaltia al metge és o no és responsable d'aquest, i de quina manera.

La histèria obre un camp en què veiem que cos, experiència i paraula estan tramats i que, en el límit, són indissociables. A partir del coneixement de la histèria i les seves conseqüències clíniques, s'obre un camp de qüestions que fan problemàtica la relació del malalt amb el seu patiment: no es pot establir una causalitat objectiva, es tracta d'una lògica d'un altre ordre. El pacient manifesta voler curar-se però no pren la medicació, el pacient té un dolor que no respon a les lleis anatòmiques... Són problemes que interroguen la funció del metge: què ha de fer el metge quan el malalt rebutja el tractament proposat? El rebuig normalment és implícit: el malalt no segueix les indicacions de dieta i s'engreixa més enllà del que és saludable o segueix fumant malgrat patir dificultats respiratòries o de circulació severes. Hi ha dolors que resisteixen més enllà del que seria raonable. Què pot fer el metge aleshores?

En medicina es practiquen dues modalitats de resposta segons que es consideri que l'usuari és un malalt o que se'l consideri *culpable* pel mode de satisfacció excessiu que practica. La resposta més comuna és la primera i aleshores se l'envia a un altre professional, normalment el psicòleg o el psiquiatre. L'altra resposta, que tot just s'albira en la deriva neoliberal que pren la medicina, és la de considerar el pacient culpable i, en conseqüència, excloure'l de tot tractament. Ho he tractat en el capítol sobre el gaudi i el principi d'autonomia. Caldria obrir les preguntes que convidin el subjecte a fer-se responsable i li ho permetin, però caldria també obrir la recerca al voltant de la mesura de responsabilitat atribuïble a cada individu tota vegada que en la vida hi ha molts factors que no estan sota el domini dels subjectes i també hi ha l'atzar.

Dues persones que fumen poden tenir una salut molt diferent. Per què s'hauria de penalitzar al que emmalalteix? I el que fuma, pot deixar de fumar només de proposar-s'ho? Depèn de la sola voluntat o hi ha altres factors en joc? (1999, 151 i ss.) (Freud, Más allá del principio del placer (1920g) 1984)

Si considerem la perspectiva que ens aporta l'estudi de la histèria podem pensar que les actuacions del subjecte són fruit d'un discurs personal en el qual està immers i que, previ consentiment implícit en la consulta però que s'haurà d'anar formalitzant, se'l pot acompanyar en el procés de reflexió creativa sobre la seva manera de fer. La psicoanàlisi, per tant, inclou la dimensió ètica en la seva disciplina des de l'inici, en considerar clau la posició del subjecte amb relació al seu patiment (J. Lacan, Psicoanálisis y medicina (1966) s.f.).

La bioètica és una manera de recuperar el subjecte? No exactament. Sí que és un intent de tenir-ne en compte el patiment i de tractar d'evitar-li tot patiment inútil. També és un intent d'evitar els prejudicis del metge. Però, tal com està plantejada actualment, respon d'un cos no afectat pel gaudi, respon d'un cos màquina sobre el qual la raó podria reflexionar i decidir serenament (Marzano, Consiento, luego existo 2009 , 39). Un cos modelable a voluntat.

Com es considera el patiment en la medicina científica? Hi ha una norma que orienta el metge, uns valors que es poden considerar normals o acceptables. Ve a ser una mitjana aritmètica. El patiment es considera signe d'una desviació de la mitjana i es relaciona amb un comportament patològic, amb creences errònies, amb una disfunció intel·lectual (Léguil, L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme? 2008, 100-101). Si l'abordatge, consegüentment, és psicològic, aleshores el tractament consistirà a suprimir les creences patològiques i estarà orientat a restablir un funcionament adaptat.

En aquesta manera de fer, hi ha un ideal de control del *jo* i dels seus pensaments. L'ètica no es refereix a la capacitat d'escollir dels subjectes atesos sinó a la capacitat de

respondre de manera «adaptada» als problemes que planteja el món. L'ètica esdevé una facultat de bona adaptació social (Léguil, *L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?* 2008, 100). Finalment se'n proposa una causalitat cerebral: qui no és capaç de tenir la bona reacció és que té una defallença neuronal (Léguil, *L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?* 2008, 102).

Com queda el pacient aleshores? En què ens ajudaria pensar que es tracta d'una defallença neuronal? Com ajudar el pacient?

Imaginem que es tracta d'amputar una cama. El pacient diu que no i el metge li ha dit que es morirà si no ho fa, però el pacient insisteix a negar-s'hi.

Són casos de consciència moral. En el model paternalista de la medicina, superat avui en dia, la decisió corresponia tàcitament al metge. Actualment, la decisió final es deixa en mans del pacient. Això causa un conflicte greu als metges perquè els obliga a afrontar, de vegades, el fet d'haver de deixar morir un pacient que es podria salvar. Quan el pacient no expressa desitjos raonables, d'acord amb el que es considera normal, es conclou que està equivocat. És per això que el metge procurarà persuadir el pacient, dissuadir-l'en de l'error. Parlarà al pacient intentant convèncer-lo que la millor intervenció és la que preserva la vida. Però fixem-nos: parlarà *al* pacient, no *amb el* pacient.

Són casos difícils. El metge també pateix. Però així com passa amb la histèria, la medicina no escolta els metges. Els estudis que es realitzen busquen regularitats, no analitzen les causes i el patiment individuals (Blancafort, Masachs i altres 2009). L'ètica de la psicoanàlisi és d'un altre ordre que l'ètica mèdica. Considera el metge com a subjecte, encara que no exerceixi la seva funció mèdica com a tal subjecte. Si bé el seu patiment – en això estan d'acord medicina i psicoanàlisi – no ha d'influir en la decisió, per poder-lo superar hauria de ser tractat. Els psicoanalistes, per exemple, tenen el deure moral d'analitzar-se ells mateixos com a mitjà que els permeti mantenir el seu patiment al marge dels tractaments que realitzen.

Per a la psicoanàlisi, l'existència de patiment no és cap error, ben al contrari: ens trobem davant de les certeses més pregones del subjecte, d'allò que constitueix la seva veritat i que està fonamentat en el seu cos. Per exemple, com manegar els casos d'incompliment terapèutic? Hi ha preguntes que assenyalen cap a una direcció: per què un pacient que no pren el tractament prescrit torna a la consulta mèdica? Què vol? Què fa obstacle? Quina classe de responsabilitat en podem esperar? Què espera el malalt del seu metge?

Com opera la psicoanàlisi en aquests casos? L'home de l'exemple anterior que no es volia amputar: el psicoanalista li preguntarà el perquè i, quan sigui possible, explorarà amb ell el motiu d'aquesta elecció per trobar-ne les causes i permetre una reconsideració de la seva decisió. L'experiència clínica a l'hospital m'ha aportat sorpreses: normalment el sol fet de donar la paraula al pacient permet de desllorigar punts de detenció. De vegades calen algunes sessions, però sovint és suficient una sessió breu. La solució no sempre és feliç, però en la majoria de casos el pacient accepta la intervenció.

Per acabar aquest apartat, i en conclusió, he plantejat dues maneres generals d'entendre la responsabilitat personal: com a capacitat d'adaptar-se a la norma general o com a capacitat de respondre de la norma singular.

En la primera modalitat el malalt que no segueixi les indicacions serà considerat malalt mental o culpable en sentit moral i també legal, com si fos una obligació tenir un comportament determinat amb el cos. La distinció entre una consideració i l'altra es dona en funció del grau de responsabilitat que se li atorgui al pacient. El patiment no serà acollit sinó derivat a un altre professional o – en casos extrems – provocarà l'exclusió real del sistema de salut (Lora 2007).

En la segona, s'atribueix al pacient capacitat de reflexionar, argumentar i defensar o posar en dubte la pròpia relació amb el cos. En la segona modalitat, el metge pot acollir el patiment del malalt i, en aquest gest, acull la seva persona.

En la medicina actual el malalt no és responsabilitat del metge, només la malaltia ho és. Els aspectes personals de l'emmalaltiment, la manera de relacionar-se i els valors no se solen incloure en la revisió de la relació assistencial. Les decisions del pacient són una dada, no un procés en què el metge tingui una responsabilitat. La bioètica només se centra en la decisió del metge i no considera que el pacient hagi de dur a terme un trajecte interior, ni que se'l pugui ajudar o acompanyar. Es podria pensar que hi ha un excessiu temor a caure de nou en el paternalisme? Tractaré aquesta qüestió en l'apartat *Què vol dir parlar amb el pacient?*

Per altra banda es considera que el metge no està afectat pel patiment, sense que hi hagi un procés que ho expliqui més enllà de la voluntat o com si el fet de ser metge alliberés d'aquesta càrrega personal.

5.6.4. Com s'aplica l'ètica en medicina?

Conseqüentment a un cos en el qual la paraula queda per fora, el procés deliberatiu es considera des del punt de vista del metge, que és el que ha de fer l'acte. Ell és qui ha de reflexionar al voltant de la decisió. Mentre que, al pacient, se li demana el seu parer – que pot ser decisiu – però no en un procés de reflexió sinó com a decisió ferma.

Els metges orientats per la bioètica tenen una formació i unes preocupacions de caire humanista, però el marc d'una medicina exclusivament orientada per la ciència en les condicions del capitalisme i el fet que la paraula es relega a la transmissió d'informació acaben produint límits que, amb les millors intencions, aboquen a una relació de caràcter contractual. El tractament actual que la majoria de metges fa de la decisió del pacient es pot esquematitzar com segueix: se li pregunta quina és la seva opinió o decisió i aquesta passa a formar part de les dades del cas. Una dada que es tindrà en compte sempre, però especialment quan planteja un dilema ètic. Si s'escolta una decisió del pacient que contradiu allò que el metge creu que s'ha de fer, aquest

considera que hi ha un dilema ètic i es retira per un procés deliberatiu – de vegades amb un Comitè d'Ètica Assistencial, CEA – que l'ajudi a decidir el seu acte.

La decisió és sobre el cos del pacient, però qui ha d'executar l'acció és el metge, així que l'assumpte no és senzill. El metge ha de deliberar. Del procés reflexiu, el metge n'extraurà una conclusió que orientarà la seva decisió. Si aquesta suposa negar la decisió del pacient, el metge li parlarà per persuadir-lo que millor opció és la que ell proposa.

I el pacient? No ha de deliberar? Per què es considera que decisions tan difícils estan clares en el cap del malalt? Tal com es planteja en l'actualitat, no es contempla la possibilitat d'obrir un procés deliberatiu amb el malalt. Si així es considerés, quin paper hi tindria el metge? Per què i com hi intervindria? Quina és la influència del patiment en el procés de reflexió sobre les decisions que s'han de prendre?

En medicina, la raó de tipus kantiana duu, per exemple, que s'informi al pacient d'una intervenció, i dels beneficis i riscos que comporta, com si això fos suficient per permetre-li prendre una decisió. Com si el patiment, la sensació de fragilitat i la vulnerabilitat poguessin ser obviades en aquell moment. Com si el pacient pogués raonar efectivament més enllà dels senyals del seu cos, de la por, de l'angoixa i la incertesa. Hem de considerar que no és el mateix explicar una intervenció quirúrgica que explicar les prestacions d'un DVD, per exemple. El subjecte no s'hi enfronta igual.

El subjecte autònom de l'ètica en medicina és el subjecte que Kant introdueix en filosofia (Kant 2008). La raó kantiana és aquella d'un home que pot renunciar a les seves satisfaccions instintives i actuar d'acord amb la raó. És una raó serena. La raó de la bioètica prescindeix del cos i per tant prescindeix de l'Altre²⁰.

Però es pot dir que el subjecte autònom ho és veritablement?

²⁰ Com ja he explicat en l'apartat *La cura de la histèria per Freud, l'Altre té una funció fonamental en la interpretació dels senyals del cos.*

En la realitat, i molt especialment en l'ocasió de malalties, el subjecte queda condicionat pel seu patiment i el patiment sempre té a veure amb el cos, les paraules i la manera de l'entorn d'acollir-lo i tractar-lo.

L'autonomia de l'ètica en medicina ens remet a la llei però no ens orienta en la clínica: tots els pacients tenen dret a ser escoltats i que el seu parer es tingui en compte però les implicacions clíniques no se'n deriven, d'aquest dret.

5.6.5. Com s'aplica l'ètica en psicoanàlisi?

La raó de la psicoanàlisi està subjecta al cos i als seus avatars, no se'n pot deslliurar. És una raó que parteix de les limitacions que el cos i l'Altre imposen. Puc proposar un exemple de la vida quotidiana en què tots ens podem reconèixer: considerem per un moment alguna conversa que haguem tingut al cap abans de sostenir-la en realitat. Hi podem pensar rumiant i decidint el que direm i el que no direm. Per exemple, per declarar el nostre amor a algú. Però quan estem al davant d'aquest algú, la veu ens falla, ens posem vermells, tremolem una mica i les paraules no surten com havíem previst. A més, l'altre tampoc no ens interpreta com hauríem esperat. El cos i l'altre limiten el que podem dir, ens fan sentir en falta.

Diu la Michela Marzano que «... en certa manera, el cos ens reflecteix a cada un de nosaltres tot allò que no voldríem ser: la nostra fragilitat, les nostres febleses, els nostres límits, les nostres malalties, la nostra mort...El cos és el que ens lliga als nostres instints i a les nostres pors i ens "empresona" en el món. És, per dir-ho així, la prova material de la nostra abjecció» (Marzano, La violència 2008, , 5)

Si ja és difícil *dir* en general, encara amb més raó considerarem que no és fàcil pensar ni dir quan el cos fa mal, per això les decisions no seran raonables. No és fàcil dir ni decidir quan no es comprenen les conseqüències, no és fàcil comprendre perfectament les conseqüències quan es tracta d'una amenaça sobre el cos.

També ens podem preguntar si al metge li és fàcil d'escoltar desitjos que no comprèn i que comprometen la pròpia actuació; si li és fàcil d'escoltar la negativa a una amputació o a qualsevol tractament. Si a ell, que vol salvar vides, li és fàcil d'escoltar el desig de morir.

Quan la raó té en compte el cos, necessàriament ha de comptar amb l'Altre. No hi ha tractament possible de les raons del cos sense l'Altre. Per això la raó de l'inconscient no pot ser autònoma, és dependent. Dependent de què? Del cos i del llenguatge. Aquest fet obliga a tenir en compte el paper de la interlocució del metge.

Com opera la psicoanàlisi en qüestions d'ètica en medicina? Doncs considera en primer lloc la decisió del pacient com a producte d'un moment personal i d'unes coordenades de significació; però, si sembla que pot anar en contra de si mateix, se'l convida a una conversa que permeti obrir la reflexió.

El subjecte que consulta el psicoanalista ho fa per un conflicte que no pot resoldre: es veu impedit d'aconseguir allò que vol o s'ha trobat mentre intentava aconseguir allò que volia evitar, sigui a causa de l'entorn, al qual no sap com respondre, sigui perquè ell mateix no aconsegueix realitzar les fites que es proposa. El psicoanalista d'orientació lacaniana, com tampoc Freud, no es precipita a veure què impedeix la realització per rectificar-ho sinó que dedica el seu esforç a verificar quina és la orientació del subjecte, la que el mena indefectiblement cap al lloc a què, segons la seva consciència, no vol anar. I el psicoanalista no té una idea de quin és el bé que el subjecte segueix o ha de seguir, sinó que acompanya el pacient perquè ell mateix observi i decideixi.

És el que amb Freud podem anomenar una ètica de la neutralitat (Cottet 1988). Aquest neuròleg considerava que el neuròtic està afrontat a un conflicte moral que s'ha de respectar, essent la repressió d'aquest conflicte el que és patològic. El destí de l'anàlisi seria acompanyar el subjecte en la dilucidació del conflicte i en la seva solució. La indicació clínica corresponent seria

no suturar el conflicte per un forçament interpretatiu que no seria més que una variant de la suggestió o d'un ensinistrament educatiu (Cottet 1988, 123).

Es tractaria aleshores de poder precisar en quina posició l'analista alliberaria el pacient per permetre-li resoldre el seu conflicte ètic sense influir en ell però al mateix temps sense abandonar-lo:

Ens neguem de manera terminant a fer del pacient que es posa en les nostres mans en busca d'auxili un patrimoni personal, a plasmar el seu destí en el seu lloc, a imposar-li els nostres ideals i, amb l'arrogància del creador, a complaure'ns amb la nostra obra després d'haver-lo format a imatge i semblança nostra (Freud, Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919a) 1980, 160).

Un pacient em va explicar que va acceptar l'amputació d'una cama quan la metgessa va acceptar la seva negativa, mostrant com de vegades és suficient el reconeixement de la paraula, la posició i el patiment del malalt. Altres vegades és més complicat. El subjecte de l'inconscient apareix especialment en l'ocasió del maltractament que una persona fa contra si mateixa, per exemple per què arriba a descuidar-se tant que corre risc que li tallin una cama, per què prefereix beure i menjar pastissos i no pot pensar en les possibles conseqüències.

Comptar amb la paraula és essencial. És el que la bioètica promou. El següent cas dona compte dels efectes devastadors d'ometre-la.

Una pacient que vaig atendre s'estava deixant morir seguint l'estela d'una decisió de la qual havia estat exclosa: en una altra unitat del hospital, se l'havia operat fent cas omís de la seva negativa. Era una dona d'uns 85 anys, greument malalta, el fill de la qual havia decidit, juntament amb el metge, que seria operada malgrat que ella havia expressat reiteradament que no desitjava més intervencions. Són coses que no haurien de passar, ningú no vol que passin; però la pressa amb què es treballa elideix l'espai mental per a la paraula – dic mental perquè es tracta d'un espai mental, pel que fa al

temps no sol fer-ne falta massa –. Se'm va demanar la intervenció quan el seu estat vital era extremadament fràgil i ella es negava a menjar. No podia ni parlar. Com que la conversa amb l'equip havia desvelat la seva negativa, vaig decidir posar paraules per foradar el silenci que planava sobre la seva vida actual: *vostè està molt enfadada pel que li estem fent a l'hospital*. Aixecà el cap del coixí i assentí. *Vol que torni un altre dia?*, li vaig dir per demanar el consentiment a una nova intervenció. Tornà a assentir. Aquesta va ser la primera entrevista. Hi vaig estar anant, sense parlar perquè el seu estat no ho permetia: només la saludava, m'hi estava una estona, li apujava el cobrellit, m'asseia al seu costat, li feia companyia, me n'acomiadava. Vàrem organitzar una reunió amb l'equip i la família i vàrem consensuar que en aquest cas – per tal de corregir l'orientació inicial – convindria estar extremament atents a tot el que demanés la pacient. Es deixà cuidar, començà a acceptar alimentació. Al cinquè dia estava una mica millor i em digué que els meus papers a la mà li recordaven l'època quan ella treballava... i començà a explicar records que mostraven que em trobava davant d'una dona de desig, que sempre havia dut el timó en la seva vida, fins i tot contra convencions socials importants. Es va posar bé i al cap d'unes setmanes va poder marxar havent recuperat la confiança en l'hospital.

Qualsevol lector podria fer notar que hi havia un dilema ètic a l'inici al qual es va respondre sense que fos formulat i sense comptar amb la pacient, ni tant sols se l'havia intentat persuadir. Si s'hagués plantejat el cas com un dilema ètic a l'inici s'hauria tingut en compte que ella no volia la intervenció i se l'hauria intentat convèncer- de fer-ho, ja hauria estat un avenç. Però del que es tracta ara és de saber què hauria passat si algú li hagués preguntat «i per què no vol que l'operem?», i de com s'hauria conduït aquesta conversa.

Aquest és el primer pas de la dimensió de l'inconscient: obrir un espai mental per a la paraula. Però la noció de subjecte de l'inconscient no s'esgota, ni molt menys, tot just arrenca, quan hi introduïm la paraula. Ho mostren els casos de Freud i els relats de cas actuals²¹.

²¹ A revistes com *Freudiana* o *El Psicoanàlisis* se'n poden trobar exemples.

5.6.6. El subjecte autònom i el subjecte de l'inconscient

Aquestes dues concepcions d'autonomia impliquen la distinció de dos subjectes: el subjecte autònom i el subjecte de l'inconscient. Són incommensurables perquè corresponen a dues dimensions de la relació assistencial. No es tracta de comparar-les o de posar-les en rivalitat sinó de poder anar d'una a l'altra segons el moment o el pacient, potser de poder-les fer dialogar.

Del que hem dit es desprèn que un subjecte té un cos, no és un cos. Té un cos i s'hi relaciona.

El subjecte autònom té un cos de què sembla poder prescindir. En canvi, el subjecte de l'inconscient travessa un cos i és travessat per ell. El subjecte autònom procedeix de la distinció entre cos i ànima i s'identifica amb l'ànima. El subjecte de l'inconscient no permet de traçar aquesta distinció perquè es configura en un espai de relació amb l'Altre i amb el cos i no pot prescindir-ne en la reflexió.

El subjecte autònom correspon a un món d'idees. Si ens situem en relació amb aquest subjecte, quan apareix el patiment es pot arribar a l'exclusió del subjecte real, el pacient, per exemple en derivar-lo al psiquiatre tractant el patiment com una malaltia.

El subjecte de l'inconscient és més acordat a l'individu real que pateix i està condicionat pel cos i per l'altre. Si bé legalment té dret a decidir, si bé pot exercir l'ús de la raó, és un ésser dependent del cos i de l'Altre. La seva consideració implica escoltar el patiment.

6. L'ABANDÓ DEL PATERNALISME I EL PROBLEMA DE LA PÈRDUA DE CONFIANÇA

Si el metge ha de continuar essent alguna cosa, que ja no podria ser l'herència de la seva antiga funció, que era una funció sagrada, és, per a mi, continuar i mantenir amb vida pròpia el descobriment de Freud.
Jacques Lacan, *Psicoanálisis y medicina*

Fins ara ens hem aproximat al problema que el gaudi suposa en la concepció autonomista i científica de la medicina lligada al capitalisme. El desconeixement i manca de tractament dels problemes del gaudi deixa l'home sol amb les seves dificultats, que li impedeixen l'exercici autònom de la raó, i per això impedeix el funcionament normal de la consulta. Hem vist que considerar el gaudi introdueix un element de desraó molt important lligat a la relació complexa entre el cos i la paraula i que, especialment en situacions de vulnerabilitat sempre tramades amb el gaudi, l'home resta dependent dels altres, no és tan autònom com s'esperava.

En aquest capítol parlaré del gaudi des de la perspectiva del tractament que s'hi ha donat en altres èpoques de la història en què l'abordatge era paternalista. Veurem que el gaudi no és mai fàcil de comprendre personalment i que la funció de l'interlocutor pot ser essencial en el seu tractament.

6.1. REBUIG DEL DOMINI DEL METGE

En la pràctica de la medicina, el paternalisme ha estat rebutjat en la seva totalitat perquè implica la imposició d'una manera de fer o de percebre que aliena el subjecte del qual es té cura. És a dir, per una imposició lligada al vincle entre curador i curat.

Gerald Dworkin ha definit el paternalisme com

la interferència en la llibertat d'acció d'una persona justificada per raons que es refereixen exclusivament al benestar, el bé, la felicitat, les necessitats, els interessos o els valors de la persona coaccionada (G. Dworkin 1971)

És a dir, el paternalista s'imposa a partir de la defensa d'un concepte de bé i podem afegir que això passa de la mateixa forma com actua un pare amb el seu fill. La imposició és possible per raó de la seva superioritat en algun àmbit i del poder que aquesta superioritat li dona²². En el cas del metge, podem pensar que el coneixement sobre la vida, la mort, la malaltia i el patiment li atorguen la superioritat que li permet d'exercir poder. Es veu clarament en el cas que he explicat en la introducció: l'abús del poder de la ciència mèdica a principis i ja entrat el segle XX, abús que va suposar l'horror de part de la societat i l'inici de la bioètica. La reflexió, a més, va dur a l'abandonament del paternalisme com a eix director de la clínica mèdica i a l'orientació vers l'autonomisme en una ètica que es decantà pel principialisme (Beauchamp i Childress 1999).

El que distingeix el paternalisme d'altres tipus d'imposició de poder és que l'objectiu del paternalista és aconseguir evitar un mal al subjecte sobre el qual s'imposa (Alemany 2011, 752). Més d'acord amb aquesta idea i amb la que sostenia en el capítol de l'autonomia, la definició de Hart segons la qual el paternalisme consisteix a

protegir els individus de si mateixos (Alemany 2011, 745 nota 1)

Hart recull la idea que els individus no sempre actuen conforme al més convenient per a si mateixos i que algú altre pren posició per protegir-los de les seves males decisions. En el cas que estudio, qui protegeix el pacient de les seves males decisions és el metge. És a dir, el metge paternalista protegeix el pacient del seu *gaudi*.

Hi ha crítiques que, en prendre posició contra l'autonomisme, acaben reclamant un retorn del pare (Tauber 2011) en medicina. No és la posició que defensa aquesta tesi. Si en els capítols anteriors hem revisat els límits del concepte d'autonomia, en aquest em dedicaré a revisar la funció paterna – que distingiré del paternalisme – per comprendre alguna cosa de la funció del metge en l'antiguitat i avui.

²²Lacan dedicà una reflexió important al poder del psicoanalista i la seva limitació que m'orientarà en aquest capítol. El seu text principal sobre el tema és «La dirección de la cura y los principios de su poder». En els anys següents, la continuà en els desenvolupaments del concepte «desig de l'analista».

Si bé podríem considerar que protegir el pacient de la *pulsió de mort* és un interès lloable, per altra banda, i com assenyala Macario Alemany²³, es considera *sospitós moralment* el paternalisme en tant que suposa l'exercici d'un poder sobre el pacient. És a dir, «la capacitat d'obtenir resultats desitjats fent fer a altres el que un vol». Aquesta definició es pot estendre a la capacitat d'influir (Alemany 2011, 750 n.21) (J. Lacan, La dirección de la cura y los principios de su poder 1995), problema que hem estudiat en el capítol del cos al voltant de la suggestió. Alemany indica igualment que en la medicina actual, de fet, no es rebutja tant el paternalisme com se'l circumscriu a determinades situacions. Val a dir que en determinades circumstàncies es justifica una actitud paternalista. De fet, Alemany considera que la justificació del paternalisme és possiblement «la qüestió ètica fonamental de la pràctica mèdica» (Alemany 2011, 746). És una idea a considerar: el paternalisme no és una qüestió tancada després del gir cap a l'autonomisme i, encara més, hauria d'estar permanentment oberta si és la qüestió ètica fonamental. Jo ho expressaré així: hi hauria situacions en què qui té el poder hauria de decidir i imposar el seu criteri? L'autor sosté que és així, però que molts consideren que aleshores ja no es tracta de paternalisme. Aquest capítol investigarà aquesta idea.

Entre aquestes situacions es troben aquelles que justifiquen la insistència del metge de promoure una actitud i no una altra. Per exemple, pot ser que el pacient es negui a una intervenció que sap que li imposarà alguns sacrificis, aleshores el metge vol persuadir el pacient de fer-la igualment perquè es preservaria la vida amb qualitat del subjecte malgrat fer-lo passar per un període de patiment. Com s'hauria de dur a terme un acte d'aquest tipus sense ser paternalista? És possible?

Per tant, podríem dir que el paternalisme consisteix en la imposició per la força física o moral d'una actuació sota el supòsit de vetllar pel bé – i, sobre tot, impedir un mal – del subjecte sobre el qual s'exerceix. I que si en general es considera que no és mai

²³ Un altre text que m'ha orientat en aquest tram del treball és el de Macario Alemany «El paternalismo médico».

justificable de no acceptar qualsevol decisió autònoma d'un pacient, hi ha casos en què s'hauria de valorar l'ús del poder del metge.

Per intentar resoldre el conflicte, el text d'Alemany recorda algunes disquisicions d'altres autors, com ara Nino, Rawls i Feinberg. D'aquest últim, per exemple, destaca la diferència entre paternalisme fort i paternalisme dèbil (2011, 766 n. 82). El fort implica actuacions del metge que passen per sobre de les decisions del pacient quan creu que la decisió d'aquest comporta un risc excessiu. El paternalisme feble seria aquell que se sosté per prevenir «conductes essencialment involuntàries» (2011, 766) i s'aplicaria, per exemple, en cas d'incapacitat, com podria ser un estat de coma. El paternalisme dèbil seria una forma de paternalisme acceptable.

La reflexió de Rawls que afirma que es podria acceptar una acció paternalista si es pogués «justificar que l'individu en qüestió acceptaria la nostra decisió en el seu favor i estaria d'acord amb nosaltres amb el fet que hem fet el millor», aclarint que «les decisions paternalistes han de guiar-se per les preferències de l'individu i pels seus interessos, sempre i quan no siguin irracionals...» (2011, 784). Són raonaments que inclouen el reconeixement de la diversitat i el seu respecte, però que topen amb el límit del *gaudi*. A partir d'aquí ja no s'ha de tenir en compte la preferència del pacient, però no aclareix què s'hauria de fer.

També presenta la tesi de Carlos S. Nino, que justificaria el paternalisme sempre que anés adreçat a «protegir els individus contra actes i omissions pròpies que afecten els propis interessos subjectius o les condicions que els farien possibles» (2011, 784).

Quan apareix el *gaudi*, el metge s'hauria d'imposar, però cap d'aquests autors no considera un tractament previ possible del mateix. L'argumentació del text de Macario Alemany és clara, rigorosa i útil en la mesura que permet reflexionar sobre els dilemes quan es mouen en l'àmbit racional, però no pot fer avançar l'argumentació en els punts en què la irracionalitat de l'home és la font del dilema. En aquests punts es planteja la

necessitat de prendre posició per acceptar o rebutjar – per incapacitat – la decisió del pacient.

Igualment s'assenyalen dues dificultats que apareixen en l'àmbit de la decisió del metge i que solen afavorir l'argument antipaternalista: una, la responsabilitat que el metge té en les decisions que ha de prendre i que li està bé poder eludir (2011, 752). Dues, la dificultat que suposa evitar la interferència de les preferències del metge en les decisions que pren (2011, 779).

És una perspectiva que convé estudiar, ja que té relació directa amb la qüestió de l'autonomia del pacient i també amb l'autoritat del metge. Es tracta d'un conflicte entre la beneficència i l'autonomia que no es pot cancel·lar pel fet que es defensi l'autonomia del pacient i encara més si, com hem vist en els capítols anteriors, la malaltia imposa limitacions importants a l'autonomia i el metge es pot trobar en la situació d'haver d'acompanyar les decisions del pacient. Caldrà doncs valorar què ha de fer el metge amb el poder que té.

6.2. DISTINCIÓ ENTRE PATERNALISME I FUNCIO PATERNA

Per aprofundir-hi em sembla que ens pot ajudar la distinció entre paternalisme i funció paterna. El paternalista és aquell que es mou en una relació jeràrquica que s'assimila a la que pot haver entre pare i fill. Em sembla que per poder situar millor els problemes actuals de la relació entre el metge i el seu pacient convé analitzar no només el paternalisme, com ja s'ha fet, sinó allò que aportava un pare, la seva utilitat, podríem dir. En medicina, quan es va rebutjar el paternalisme es va rebutjar qualsevol aproximació al pare, menats per l'horror d'un poder desmesurat que s'havia exercit en nom del bé. Però no es va analitzar si el pare complia alguna altra funció que la de protegir un errat i de quina manera es resol això en l'actualitat. L'anàlisi tensorà les cordes exclusivament envers el que es refereix al metge i no serà una anàlisi exhaustiva del problema del pare a l'actualitat. El pare ja no és el recurs que convé als nostres dies, la renúncia al paternalisme en medicina és solidària del declivi de l'autoritat del

superior jeràrquic, l'inici del qual l'inici es pot situar a finals del segle XVIII i que es va estendre a tots els àmbits de la vida en els segles successius. Però l'anàlisi que farem ens hauria de permetre discernir quina era la utilitat que complia la funció paterna i veure de quina manera s'organitza ara el que aleshores es resolia per la via del pare. El trajecte ens pot ajudar a reconèixer millor els problemes actuals? O, com a mínim, ens pot ajudar a definir-los millor?

Centrem-nos una mica en la funció paterna. Què feia un pare?

En primer lloc voldria indicar que el pare suposa un vincle familiar i la dependència d'aquest vincle. L'autonomia suposa la possibilitat de sostreure's a la dependència. La qüestió és si això és possible, com ho és i si comporta la sostracció del vincle.

En segon lloc, un pare és aquell que pot engendrar un fill biològicament. Però, més enllà d'aquest fet, l'antropologia ens explica que el que és un pare no té tant a veure amb la genètica com amb el lloc que li és atorgat en un univers de llenguatge (C. Lévy-Strauss, *El lenguaje y el parentesco* 1984). Com he apuntat en el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques», l'entrada de l'home en el llenguatge suposa la seva separació de la natura i, per tant, la desorganització de tot instint (J. Lacan, *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* 1997) i de tota categoria natural. Com se substituiria la realització de l'instint en l'home? El coneixement és allò que ens permet d'orientar-nos en el món a falta d'un instint natural. Un coneixement que ens és possible mercès al llenguatge.

En aquest marc, la funció del pare és orientar, atesa la falta de referents naturals. Especialment, el pare contribueix a endreçar en un camp com és el sexual i, correlativament, el familiar, que en l'home queden desnaturalitzats i ja no menats per l'instint com en l'animal. Un pare ordena les relacions entre els sexes i el llinatge familiar en donar el seu cognom (C. Lévy-Strauss, *El lenguaje y el parentesco* 1984). És

per aquesta via que podem pensar en termes de funció del pare més enllà del mer fet biològic. La funció paterna ha estat estudiada a bastament per Lacan²⁴.

Per tant, en tercer lloc, un pare dona noms a les coses (A. Teixidó, *Del nombre del padre al nombre* 2014), en primer lloc al llinatge²⁵. És a dir, un pare té la missió de transmetre a un fill una manera d'endregar el món en organitzar les relacions sexuals i la seva descendència. La funció que Lacan va anomenar *Nom del Pare* es refereix inicialment a la capacitat d'un pare de transmetre el llenguatge al seu fill. La realització de la capacitat de parlar no correspon exclusivament a una funció natural.

6.3. LA INTRODUCCIÓ EN EL LLENGUATGE ÉS UNA OPERACIÓ SOBRE EL GAUDI

El concepte de *Nom del Pare* el relacionem amb el *Complex d'Èdip* freudià (Freud, *Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre* (1910h) 1986)²⁶ – que ha resultat molt útil per avançar en el coneixement de la constitució psíquica del subjecte –. Aquest complex situa els pares en el centre de significació de les coses del món i de la vida així com de la significació d'un mateix. Va ser convertit en una operació de llenguatge en la lectura de Lacan: la metàfora paterna (El Seminario 3. *Las Psicosis*, El Seminario 4. *La relación de objeto*, El Seminario 5. *Las formaciones del inconsciente*, El Seminario 6. *El deseo y su interpretación*).

si el Complex d'Èdip no és la introducció del significat, els demano que me'n donin una concepció diferent... (J. Lacan, *El Seminario 3. Las Psicosis* 1984, 269-270)

L'Èdip venia a dir que l'infant – per temor a ser castrat pel poderós pare – havia de renunciar a ser l'objecte d'amor de la mare perquè aquesta era del pare. La sortida del

²⁴ Introduït al *Seminario 3*, Lacan en va anar parlant durant tot el seu ensenyament: el trobem als *Seminarios 5 i 10* (on parla de l'Altre barrat), al *Seminario de los Nombres del Padre* (on trobem la idea que l'Altre no garanteix i també que el llenguatge redueix el gaudi) i al *Seminario 20* (amb la fórmula «no hi ha relació sexual»). Serà al *Seminario 23* quan arribarà a la conclusió de *prescindir per servir-se'n*.

²⁵ Ens podem remetre als estudis sobre el tòtem – Lévy-Strauss, Freud – i també sobre el nom propi – Lacan al *Seminario 18*, per exemple, i també al *Seminario de los Nombres del Padre* –.

²⁶ Que Freud recull de la tragèdia de Sòfocles.

problema era identificar-se amb aquest i orientar-se cap a altres dones (Freud, Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre (1910h) 1986).

Lacan va dir que la veritable operació del pare era una metàfora: la substitució del desig de la mare per un enigma: amb la seva intervenció, el pare aconseguix que ella no es satisfaci exclusivament amb el fill i distribueixi el seu interès més enllà (A. Teixidó, El desig de l'analista. Transferència i pulsio (DEA del Instituto del Campo Freudiano) inèdit). Inicialment, el nen no concep cap diferència entre si mateix i la mare, i quan la concep, és molt unit a ella. Però el pare l'en separa perquè la mare té altres interessos: un dels privilegiats per la mare és el pare, que també la vol. Aleshores, se'n deduiria una pregunta de l'infant: *si no em vol només a mi, què vol?* Aquesta és una de les operacions fonamentals del pare: separar la mare del fill i obligar a aquest a fer un càlcul subjectiu, una interpretació, del lloc que té per a la mare i també per al pare. Quan s'aconsegueix, el subjecte es cospa a si mateix com acollit en un desig i singularitzat – inclòs i exclòs en la parella parental –. El pare esdevé un gran Altre que organitza el món, que dona nom i que també obre enigmes.

És una operació sobre el gaudi. L'experiència de la vida de l'ésser que arriba al món no distingeix les persones ni les coses del món, ni a si mateix. El món va adquirint formes i matisos a partir de les intervencions dels que en tenen cura, d'aquells de qui depèn. El gran Altre té poder sobre el gaudi. Així, cada subjecte aconseguix donar sentit a la seva vida. Tan forta és l'experiència que quotidianament s'oblida que la vida, en si, no en té cap, de sentit. Quan aquesta operació psíquica no es produeix, les conseqüències subjectives poden ser greus²⁷.

Crec que es una bona explicació en la mesura en què la manera de ser cuidat que cada un ha rebut en el moment de *premaduració biològica* i de màxima dependència de l'Altre no és indiferent. Que siguin pare, mare, una altra persona o institució poc importa,

²⁷ Quan el subjecte no aconseguix captar-se com acollit en un desig i li esdevé que es percep tractat com un objecte de gaudi, possiblement la constitució psicològica serà una psicosi i la construcció del món en serà solidaria. No es considera que sigui «culpa» dels pares. En el límit, Lacan considerarà que sempre hi ha una insondable decisió del subjecte.

hem d'extreure'n els elements de la lògica, que són la premaduració i la dependència que té la criatura humana de l'Altre a nivell biològic però, sobretot, de l'Altre a nivell simbòlic. Aquesta operació permet adquirir el llenguatge perquè permet accedir al desig. En separar-se la mare del nadó, aquest es veu obligat a interpretar el seu desig que no l'inclou a ell del tot perquè la mare desitja altres coses. Al mateix temps, copsar aquest desig li dona un lloc únic al món: separat, diferent. En aquesta operació psíquica es crea la distància necessària entre les paraules i les coses que obre pas a la interpretació, la poesia, el malentès i també la mentida. És a dir, el desig.

6.4. EMPARAUAMENT: UN LLOC EN L'ALTRE, UN LLOC EN EL MÓN

El pare exerceix una funció de simbolització que transcendeix la seva persona. La funció paterna pot ser exercida per persones o situacions que no siguin el pare. Amb la seva intervenció queda instituït com representant de la llei però també del desig, perquè ell mateix gaudeix d'alguna cosa – té altres interessos – i permet al fill d'entrar en el món del llenguatge i del gaudi. El pare sosté un desig que no és anònim, digué Lacan, i això permet al fill d'incloure-s'hi i, per tant, d'incloure's en el món.

Alguns científics actuals neguen aquesta realitat en l'intent de donar sentit a través del coneixement científic a tota experiència humana – per exemple, explicar l'amor o el llenguatge a partir de gens, hormones i altres determinants biològics – i també en prometre que allò que no es pot explicar avui depèn només de la impotència dels aparells actuals i que podrà ser conegut en un futur pel mateix mètode científic (Skinner 1981, 47-52). Aquesta afirmació depèn tant de la fe com la creença en la vida més enllà de la mort que promet la religió i, a més a més, nega el marge de desig necessari per accedir al lliure albir, a les eleccions subjectives i al vincle.

El concepte de *Nom del Pare* inclou la paraula i l'amor com a tramats indissolublement. Amor i paraula estan tramats perquè no hi ha possibilitat de construir una realitat estable si no és a partir del lloc que un mateix hi té. I el lloc que un hom té en la realitat es configura a partir de la relació d'amor – o de desamor – en què s'ha pogut concebre

a si mateix des de l'inici de la seva vida. La funció paterna des d'aquest punt de vista, el que fa un pare, consisteix en l'operació de transmetre un sentit de la vida a partir de la relació amb una dona i el lloc que els dos donen al seu fill. Lloc que es mostra mitjançant la manera com en tenen cura, com el protegeixen d'allò que no sap o no pot fer; mitjançant la manera com s'orienten amb relació a les altres coses del món i com s'orienten davant dels impossibles. És a dir, que un pare dona paraules i realitza actes, els quals separen el fill de la mare i mostren quina és la seva estima o cura al fill i a la mare i quina és la seva relació amb el món.

Especialment, els subjectes han de donar significat a allò que els ha marcat en la infantesa, aquelles experiències que no comprenen i deixen senyals, que configuren el gaudi, podríem dir. Això es fa mitjançant interpretacions que ordenen el propi lloc en el món, ordenen el que un mateix significa pels que el cuiden. Aquestes interpretacions mai no cobreixen completament el sentit mancat, però permeten de funcionar en el món, i el residu no significat de la marca serveix per fer vincles i per mantenir el marge d'incertesa necessari per adaptar-se a les contingències.

El lloc en què un es troba inclòs en el món permet l'entrada en el llenguatge i la possibilitat de manegar els seus límits. Lacan digué:

Es tracta que el subjecte mateix es trobi capturat en aquesta trampa de manera que es comprometi en l'ordre existent (J. Lacan, El Seminario 4. La relación de objeto 1995, 203)

És a partir d'aquest lloc que la capacitat del llenguatge per simbolitzar podrà operar. Duch diu que

els diversos llenguatges ... són realment efectius si recolzen en una confiança prèvia als emissors fins i tot quan hom està en desacord amb llurs enuncisats i amb les conseqüències que se'n deriven (Duch 2011, 10)

Duch parla de l'emparaulament com aquella operació que permet a cada u trobar el seu lloc en el món, inserir-se en la trama del passat i el futur (2011, 12 i 27).

En la psicosi no es produeix aquesta trama d'amor i, com a conseqüència, de paraula i, o bé el subjecte no pot creure la paraula de l'Altre – paranoia –, o bé el subjecte no aconsegueix integrar la paraula i la vida – esquizofrènia –. En tots dos casos el subjecte viu la presència de l'altre amb temor, com una invasió o com un abandó radical. Podríem dir que a falta de percepció de la protecció de l'Altre o per percepció d'un excés de protecció, el subjecte psicòtic queda sense protecció davant del seu gaudi i el percep com un excés permanent en el cos o queda impossibilitat per situar-lo amb precisió en el cos. En tots dos casos, se li fa molt difícil l'acomodació al món i la comprensió de la realitat (Freud, *La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis* (1924e) 1984).

El paternalisme opera per imposició i aquesta imposició produirà efectes subjectius quan el subjecte cregui que té un lloc en l'Altre – aleshores la imposició pot ser consentida – o bé quan una elevada dependència l'obligui a restar a la seva mercè – aleshores la imposició serà forçosa –. La condició de la funció paterna és la dependència intrínseca de les relacions humanes²⁸. El lloc que el pare – figura de l'Altre – atorga al subjecte que ha arribat a la vida és principi de l'ordenament del món que aquest subjecte podrà fer – de manera diferent segons que el subjecte s'hagi pogut captar com a acollit o no (A. Teixidó, *El desig de l'analista. Transferència i pulsio* (DEA del Instituto del Campo Freudiano) inèdit) –. És a dir, el sentit que un hom dona a la seva vida està indissolublement lligat al sentit que suposa que ell mateix té per als altres que l'han dut al món.

Ara bé, el fet que la vida pugui tenir un sentit personal no és aliè al fet que la vida no en té cap, de sentit. No hi ha un sentit de la vida que preexisteixi als subjectes, un sentit que es pugui suposar preestablert per a tota la humanitat. Ho mostra la reedició continuada de les preguntes *Què he de fer? I per què?* per a cada nou individu en

²⁸ Diria que és en aquest sentit que Tauber – p. 128 del text de referència – expressa el parer que el metge segueix essent un sacerdot encara que de manera diferent i que el metge no es pot treure el seu hàbit tal com no ho poden fer el jutge ni el sacerdot. Són professions que comprometen alguna cosa de la persona. Així ho afirmava també Lacan a la conferència «Psicoanálisis y Medicina» i al *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*.

moments crítics i malgrat que la transmissió d'uns valors sigui reeixida. Les paraules de què l'home està dotat, les que rep dels seus Altres, li permeten donar sentit. En parlar organitzem consistències que fan el món habitable, és a dir, el fan un lloc en què un mateix es troba inclòs. Donem noms a les coses i a les nostres experiències. Conversem entre nosaltres, construïm edificis teòrics. Però cada construcció feta de llenguatge té límits.

Això ho veiem, per exemple, des de la perspectiva de les matemàtiques i de la ciència, on els paradigmes promouen possibilitats però permeten conèixer només fins a un límit (Kline 1985) (Kuhn 1971), i també des de la perspectiva de la psicoanàlisi, on observem que el llenguatge es revela insuficient en determinades experiències, per exemple el trauma, tal com hem vist en l'apartat sobre els discursos en el capítol de l'autonomia. Tot allò que no podem explicar pel llenguatge queda fora del sentit.

6.5. FORA DE LLENGUATGE: ALGUNA COSA INSISTEIX

*La paraula és la «casa familiar» de l'home perquè amb el seu concurs va alliberar-se
– i s'allibera – del gran silenci de la matèria.
George Steiner*

El que està fora del llenguatge queda fora de la realitat però no deixa d'existir. El gran *silenci de la matèria* és una intuïtiva fórmula per captar-ho (Duch 2011, 15). El *gaudi* és la porció personal d'aquest silenci quan concerneix el cos, allò que empeny silenciosament, sense paraules.

Lacan, allò que cau per fora del sentit, el *silenci de la matèria*, ho remeté a l'impossible de conèixer i en digué *real*. Si convenim que els modes de coneixement són maneres d'organitzar les dades del món, n'hem de concloure que hi ha realitats que no coneixem perquè les nostres teories no la recullen. El que el llenguatge defineix esdevé *realitat*. Per contra, el *real* és tot allò que el llenguatge no abasta i no coneixem de cap manera, però que, no obstant, produeix efectes. Als efectes del *real* en el cos, Lacan els anomenà *gaudi*. Segons el seu ensenyament, el *gaudi* té a veure amb la porció de

l'experiència del cos que és viscuda com un misteri fora de sentit i que necessita interpretació. Aquesta manca de sentit atreu determinats objectes que en són solidaris: el sexe i la mort privilegiadament. Per proximitat a tots dos límits – sexe i mort – també podem considerar la malaltia com quelcom que pot caure en un espai fora de sentit i precisa ser interpretat.

Ara, voldria avançar cap el que el pare resol en el camp del que no té sentit.

Lacan digué que allò que el llenguatge no pot anomenar en el cos, el real en el cos, té efectes. I a aquest efecte li va donar un nom: objecte *a*. Era una manera d'acotar amb una formulació allò a què feia referència. Amb *a* Lacan designà allò que no té nom en el simbòlic i que es percep en el cos. També en podríem dir l'irrepresentable; però hi donà un nom concret per indicar que el subjecte percep allò de manera concreta encara que no pugui precisar amb paraules de què es tracta.

Per explicar-ho amb un exemple, podríem dir que, de la mateix manera com les paraules no explicaven tot el desig de la mare, les paraules que qui acull un nadó li dona mai no arriben a explicar del tot l'experiència de vida que ell percep; allò que l'Altre no acaba de dir és justament el que ' infant reconeix com a més propi. Sempre hi ha una paraula que l'Altre no pot donar i aquesta paraula correspon a una experiència del subjecte: *a*. Aquesta mancança queda incorporada per tota la vida en cada subjecte si l'operació ha estat mínimament reeixida. A l'Altre li falta una paraula per dir allò que dona identitat a l'infant.

Per altra banda, com veiérem en el capítol de la histèria, es podria dir que aquest malestar es pot drenar de moltes maneres: amb descàrrega física – cridar, plorar, córrer – o amb símptomes – malalties conversives –. Hem vist també que l'infant aprèn a parlar i pot posar les paraules en el lloc de la descàrrega motriu que satisfieia el desig infantil. El gaudi, la pulsíó, s'educa – pot trobar camins indirectes de descàrrega – en la relació amb l'Altre. Per exemple, ' infant aprèn que no es pren el que es vol, sinó que es

demana; o que no es pega, sinó que es parla. Aprèn que el gaudi s'ha de contenir. I ho fa per amor, per no perdre l'amor dels pares. El que l'infant conté és *a*, que li és molt propi, el fa sentir com a *si mateix*. Per això Lacan digué que, finalment, el que el subjecte cedeix del seu gaudi és el que li dona identitat.

Per tant, en el procés d'emparaulament, la força pulsional no es redueix totalment. De la resta, una part queda lligada a l'Altre perquè se li ha demanat a ell; l'altra part queda en el cos com una satisfacció o insatisfacció que l'Altre no pot anomenar: *a*. Per tant, el que és irrepresentable, segons Lacan, remet al cos i a l'Altre en el mateix gest. L'Altre no té cap identificació que abasti l'ésser del gaudi d'un sol cop, però la mancança d'una paraula queda vinculada a la insatisfacció que el cos experimenta. Per això, en el subjecte dependent, la insatisfacció s'imputa a l'Altre i se n'espera, d'ell, la solució: hi confia, per dir-ho en altres termes.

A causa que el pare és qui es fa càrrec del que no té una solució establerta prèviament en els moments d'indefensió infantil, en els moments de fractura futurs, el fill li pot imputar l'absurd. El gaudi dels fills el paguen els pares: paguen el que el fill trenca, li paguen els estudis o s'ocupen que vagi a l'escola, el consolen quan no li va bé alguna cosa, parlen de les solucions possibles a tal qüestió, acullen o rebutgen les dolenteries, castiguen, es fan càrrec del que no va bé. Per això pot ser que els fills els culpin quan passa alguna cosa greu. El gaudi propi queda per sempre convertit en una cosa sobre la qual l'Altre té alguna responsabilitat o que pertany a l'altre. El gaudi és de l'altre, és l'alteritat. El concepte d'*extimitat* de Lacan recull aquesta dualitat: allò més íntim al mateix temps es localitza a l'exterior, és èxtim (J.-A. Miller, *Extimidad* 2010) (J. Lacan, *El Seminario 7. La ética del psicoanálisis* 1988).

D'aquesta manera el subjecte se'n queixa: l'Altre no m'ha dit, l'Altre no m'ha donat, l'Altre no m'ha ensenyat... I té raó, però precisament la paraula que falta és la sort del subjecte, i és en la mesura en què se'n pot fer responsable que accedirà al món adult. I és que el pare ha donat un llinatge, però això no resol el que el subjecte haurà de fer quan li arribi el moment de l'encontre sexual. Haurà d'espavilar-se.

Cada subjecte té una construcció paradigmàtica personal, un mite, per explicar-se el funcionament normal del món. La construcció la fa amb ajut dels elements de llenguatge que té a disposició, però sobretot a partir del lloc que suposa que té en l'Altre: és el que anomenem *fantasma fonamental*. És a dir, si bé l'home queda sense brúixola en relació amb un instint natural, cada home té una brúixola simbòlica particular que es construeix a partir de com es troba acollit ell mateix al món.

Què mostra Lacan? Que el desig no és una funció biològica; que no està coordinat a un objecte natural; que el seu objecte és fantasmàtic. Per això, el desig és extravagant. Inassequible a qui vol dominar-lo. Ens fa males passades. A més, si no és reconegut, fabrica símptomes. En una anàlisi es tracta d'interpretar, és a dir, de llegir en el símptoma el missatge de desig que encobreix. Si bé el desig desvia, en contrapartida suscita la invenció d'artificis, prenent un paper de brúixola. L'espècie animal té la seva brúixola que és única. En l'espècie humana les brúixoles són múltiples: són muntanyes de significants, discursos. Diuen el que s'ha de fer: com pensar, com gaudir, com reproduir-se. Això no obstant, el fantasma de cada u roman irreductible als ideals comuns (J.-A. Miller, Contraportada 2013).

Però pot passar que aquesta construcció no serveixi del tot en moments crítics. En els moments de fractura, traumàtics, es posa de manifest la insuficiència de les construccions particulars per abastar una nova experiència i s'imposa el recurs a l'Altre per recuperar algun equilibri. En aquests moments, podríem dir que la persona s'adreça a un Altre en el qual espera trobar els requisits de la funció paterna, és a dir, que l'aculli en la seva singularitat en el problema únic a què es troba enfrontat. Perquè el que l'Altre ha transmès inicialment és una falta i és a aquesta que s'acull tot subjecte per ser diferenciat.

Podem copsar el poder que té l'interlocutor quan té un significat que anomena el patiment: un va al metge per, en primer lloc, saber què té. El primer que es demana és un significat, un nom.

6.6. EL QUE NO TÉ SENTIT EN MEDICINA

Suposem, i en part és així, que el metge està obligat a respondre a la falta amb relació al seu saber. Obligat a identificar el que sap identificar.

A l'home, immers en un món de llenguatge, sempre li ha calgut trobar el sentit de les seves experiències subjectives quan no les reconeix, per difícils o doloroses, i les sol identificar o conceptualitzar com alguna cosa dolenta atès que són experiències que contrarien l'experiència habitual, aquella que fa por i per la qual no es troba un correlat clar en el món simbòlic. Per això les explicacions assosseguen, perquè donen sentit. Recordem que aquestes reflexions són pertinents en apropar-nos a l'àmbit de la relació metge/pacient perquè, en medicina, un metge dona sentit al mal en el cos: la frase *vostè té una lumbàlgia* assossega al que hi ha anat amb mal d'esquena. Quan, de fet, *lumbàlgia* no vol dir res més que mal d'esquena. Res més? Igualment, Sournia, un cirurgià, deia que el metge talla molt més del que creu amb el seu bisturí (Sournia 2004). La paraula i el gest del metge estan revestits d'un significat particular per a cada pacient.

Per exemple, l'experiència personal de rebre un diagnòstic infaust sol anar acompanyada d'una gran perplexitat i malestar – manifestació del real – perquè evoca la mort i no hi sol haver una previsió tal en la ment del subjecte per acollir-la. És així que immediatament, per exemple, el subjecte pot començar a parlar de les malalties anteriors esdevingudes a la seva família, especialment quan són del mateix tipus que la que ell pateix ara. Succeeix que s'ha preguntat per què li passa això, i les paraules que sorgeixen són un intent de donar sentit personal al diagnòstic científic que li ha estat comunicat. El sentit, la paraula, permet de donar una forma millor a les manifestacions del real en el cos, el gaudi, per tal que el subjecte les pugui acceptar.

Igualment, altres experiències del cos i de la vida que no són malalties, per exemple l'experiència del cos adolescent – manifestació del real – necessiten una construcció personal per poder ser acollides. A l'adolescent ja no li val el que li ha transmès el pare per comprendre l'experiència del seu cos i les relacions amb els altres, necessita noves explicacions.

Les manifestacions del gaudi sempre fan que el subjecte s'enfronti a la diferència en què se sent en el món. Per això els tractaments que operen per identificació són útils per algunes persones. Per exemple, els grups d'ajuda mútua. Però aquest tipus de tractament no tracta la singularitat personal. Amb aquests exemples veiem que del

gaudi, si bé cau per fora de sentit, és possible millorar-ne l'acomodació construint algun sentit.

Davant de les experiències que afecten el gaudi, hi ha una absència de sentit en primer lloc i només en segon lloc es tendeix a buscar-hi una solució. Però, normalment, la pregunta no és manifesta i només observem les solucions que se n'intenten. Normalment els pacients, i especialment en l'ocasió de malalties greus, demanen una explicació «mèdica» – *Què passa? Com es resol?* – però també altres nivells de pregunta no sempre explícits: una explicació «psicològica» – *Per què ho duc tant malament? Per què m'entristeix?* – i fins i tot «espiritual» – *Què he fet per merèixer aquesta malaltia? Per què a mi? Per què ara?* –. La paraula d'un metge suposa que se'n fa càrrec, que es preocupa d'allò que fa patir i, per tant la seva paraula, fins i tot si només diu el mateix d'una altra manera, ja implica un gest d'acolliment. Quan un pacient es confia a la paraula del metge, en certa manera, espera trobar explicació o confort d'allò que d'absurd tingui la malaltia o, si més no, pot esperar que podrà parlar amb ell de l'absurd que hi ha en l'emmalaltiment mateix. És a dir, li suposa un saber sobre allò que resta més incomprendible per a ell i que és el motiu pel qual la malaltia ha recaigut sobre la seva persona, o altres aspectes que pel malalt queden mancats de sentit. El pacient buscarà en les paraules i gestos del metge les explicacions que l'hi resolguin.

Arribats a aquest punt, cal considerar que la medicina no sempre té la solució d'un problema i que no la té cap professional, ni disciplina. De vegades, no podem donar cap solució al pacient. Aquest moment és delicat i genera malestar: aquell malestar que el saber no pot resoldre es condensa i pot prendre prioritat per al malalt. Per tant, hi ha dos moments en què la medicina no pot donar resposta al pacient amb el seu coneixement: quan no hi ha remei per a la malaltia i quan es tracta del patiment personal. Què ha de fer el metge aleshores? El metge ha d'acollir i ajudar a donar resposta al malestar, residu d'una operació impossible de resoldre amb els medis de la seva disciplina?

La medicina actual fa dues coses amb el malestar que no pot resoldre:

- l'assumeix reduint-lo a una malaltia tractable amb fàrmacs. Per exemple es fa així amb la tristesa quan se la identifica amb una depressió.
- considera que no és el metge qui s'ha d'ocupar d'aquesta qüestió, sinó el psicòleg o el psiquiatra. Per exemple, quan un pacient es queixa perquè no se'l pot curar. Es produeix en aquest pas una identitat entre aquest malestar i l'anormalitat psíquica, es nega l'espai de irrepresentable que en algun lloc necessita ser sostingut perquè està en el cos.

Hem de considerar que mantenir obert l'espai d'allò que no se sap és una aposta ètica.

He dit més amunt que el gaudi propi queda per sempre convertit en quelcom sobre què l'Altre té algun saber o responsabilitat. Per això, quan les malalties no es curen, alguns pacients no poden suportar la insuficiència de la medicina i culpen el metge de la impossibilitat de ser curats. Em sembla que el que dic és identificable en la pràctica. La resposta que el metge hi doni serà important. La millor, la que no intenta imposar les pròpies respostes i acompanya el pacient per tal que trobi les seves – o pot esperar mentre no ho fa –.

En l'ocasió de malalties greus, també veiem que el malalt s'enfada molt i sovint amb la parella, els fills o alguna persona estimada. Els desenvolupaments d'aquest capítol ens poden ajudar a entendre que l'excés de gaudi és mal drenat pel malalt sobre la persona estimada perquè compleix alguna funció en relació al gaudi, precisament. He trobat un exemple del Dr. Moises Broggi que ens ajudarà:

[Es tracta del cas]...d'una mare desesperada perquè tenia un fill esquizofrènic que s'havia suïcidat, i que acusava de responsable al metge que el portava. Nosaltres li vàrem dir que el cas era molt lamentable, però que no era possible acusar-ne al metge. Les nostres explicacions no aconseguien convèncer la dona, que seguí amb la seva incomprendible obsessió acusatòria. Fins que, en un interrogatori posterior, ella mateixa ens va explicar que quan va anar a comunicar al metge la tràgica mort del seu fill, aquell la va rebre fredament i li contestà que no era problema seu. El metge podia no ser el responsable del suïcidi, però aquella frase inoportuna va ser la responsable de tot l'odi i del llarg procés que en va seguir (M. Broggi 2006).

Em sembla que podem veure la lògica de la desesperació de l'impossible d'assumir o de justificar per part de la mare del pacient en el primer moment del tràgic esdeveniment. Amb la seva desesperació s'adreça al metge – interlocutor privilegiat per afers de malaltia i de mort – i el seu rebuig, en aquest cas explícit, provoca que li sigui imputada immediatament la causa desconeguda. No es tracta de jutjar negativament el metge que va dur a terme tal gest. El lloc al qual va ser convocat és molt difícil de sostenir i no s'hi pot fer la funció sense les eines necessàries de formació, d'una formació que avui és absent de l'ensenyament de la medicina. Però hi ha una part d'aquest saber fer que correspon a la posició personal i per això la manca de formació no equival a una mala praxi necessàriament, encara que sense aquesta formació pot ser que el metge no reconegui quan ho fa bé o per què. No sabrà què ha funcionat en cada cas i no en podrà fer ni crítica ni aprenentatge.

Podem hipotetitzar que, si el metge hagués acollit el patiment de la dona, si s'hagués interessat pel que havia passat, l'hagués deixat parlar i hagués parat oïda atenta, l'hauria ajudat a suportar la càrrega del suïcidi i la perplexitat, o qui sap si la culpa que ella mateixa podia sentir. No hi hauria hagut culpabilització del metge. El patiment s'hauria drenat i hauria esdevingut més suportable. És a dir, aquell metge hauria acollit allò que la seva ciència no havia pogut resoldre. Això són coses que un metge pot fer, que la funció paterna compleix. No vol dir pas que ell mateix sigui conscient d'exercir aquesta funció. Aquestes reflexions són les que ens permet la psicoanàlisi en considerar retroactivament el que escoltem en les consultes, el que llegim als textos i també en el treball amb pacients i equips als hospitals i centres de salut.

Per tant, el mal drenatge del gaudi sol·licita la formalització en paraules del malestar, l'espai per poder-ne parlar. No vol dir que sempre s'hagin d'encetar llargues converses, de vegades és suficient d'oferir l'espai per assossegar algú perquè suposa la introducció d'un marge de desig i ja no cal fer-ne ús.

Sembla que, en tots aquests casos, parlem de la funció d'un pare que estima. Un pare de l'amor, un pare que desitja i que aconsegueix transmetre el llenguatge i el desig. Però els pares no són sempre exactament així, ni quotidianament ni al llarg dels temps. I, de fet, la funció del pare en el gaudi es comprèn millor amb el pare terrible que podem copsar a partir del dret romà i també a partir del déu de l'Antic Testament. Passa que el gaudi no sol ser amable sinó que es viu com una tensió, de vegades intolerable.

6.7. EL PARE QUE PODIA MATAR

En el capítol de l'autonomia he posat en relació el gaudi amb *l'estupidesa*. Ara hi donarem una volta més en aprofundir en la seva relació amb el *sagrat*.

D'entrada ens servirem de l'etimologia. Havíem vist que el gaudi és l'empenta de la pulsio, és a dir, la força no regulada de la vida que l'home percep en el cos. Doncs l'origen etimològic de *sagrat* és, precisament, *força vital* (Benveniste 1969). *Sagrat* tradueix l'indoeuropeu *hierós* que ve del vàdic *isirah*, força vital. *Hierós* significa «ple de força per una influència divina». La força que insuflen els déus, podríem dir (Peteiro 2010).

Com el sagrat, el gaudi correspon a quelcom de la força de la vida que les paraules i la raó no arriben a abastar.

He dit que el nom del pare limita, ajuda a identificar. És per aquest motiu que per la teologia negativa, iniciada a l'antiga Grècia (Harding 2015), Déu no podia ser anomenat, no tindria nom propi. Un nom destruiria la seva unitat i grandesa. Un nom el reduiria al domini de l'ordinari i el limitat. Per a la teologia negativa, Déu donaria noms però no podria ser anomenat. Així, Déu pertany a un àmbit diferent al de l'home i la raó. He dit que els noms venen al lloc del que no té sentit i que se sol identificar amb alguna cosa dolenta en primera instància. No poder anomenar remet absolutament al desconegut que es tem, el *real*.

És del pare que parla Agamben, a *Homo Sacer*, quan recorda que en el dret romà el pare tenia la potestat de poder donar mort al seu fill. En el dret romà de principis de mil·lenni, qui donava la vida tenia el poder de treure-la. Les coses eren així:

...la fórmula *vitae necisque potestas*,... .. no designa de cap manera el poder sobirà, sinó la potestat incondicionada del *pater* sobre els fills mascles... ..Així doncs, la vida apareix originàriament en el dret romà només com a contrapartida d'un poder que amenaça amb la mort... ..Aquest poder és absolut i no és concebut ni com a càstig d'una culpa ni com a expressió del poder més general que competeix al *pater* en tant que cap de la *domus*: sorgeix immediatament i espontània de la relació pare/fill (en l'instant en què el pare reconeix el fill aixecant-lo del terra adquireix el poder de vida i de mort sobre ell)... (Agamben 2003, 113-114)

En aquell moment, el pare podia fins i tot estar per sobre del sobirà si aquest era el seu fill. Veiem que aquesta figura del pare no és tan amable com la del pare que bondadosament donava significats i assumia el que no es pot significar que he esbossat en el punt anterior.

També és el déu d'Abraham, el déu que demana un sacrifici. Kierkegaard interpreta que el sacrifici que Déu li demanà a Abraham era el sacrifici del sentit de la seva vida, perquè Abraham vivia per la promesa que li havia estat feta que tindria un fill de Sara i mai no va perdre aquesta fe malgrat que els anys passaven. Era jove – digué Kierkegaard – perquè esperava. Finalment el fill va arribar. Aleshores Déu li va demanar que el sacrificés. Qui és aquell que no té compassió ni d'ell ni del noi? El sacrifici d'Isaac era el sacrifici del sentit de la seva vida: *aquell fruit havia de ser-li prematurament arrabassat i perdre amb això tot el seu sentit...* (Kierkegaard 2000, 15)... Encara diu que Abraham va creure en relació amb aquesta vida i per això no se'n va desfer precipitant la seva partida a l'altre món. *Però Abraham va creure: no va dubtar i va creure en l'absurd* (2000, 16). Si hagués dubtat, no hauria donat *testimoni* de la seva fe ni de la *gràcia divina*, només de com de terrible pot ser aquell moment i, a més, s'hauria condemnat, possiblement (2000, 17).

Lacan posa en relleu la tradició jueva en la qual el Déu d'Abraham és un déu a qui s'imputa l'elecció d'allò que sobrevé a l'home i de què l'home no pot conèixer motiu ni evolució. Un Déu que anomena però que ell mateix no pot ser anomenat (J. Lacan, *Introducción a los nombres del padre* 2005, 92,93), però – aquest és el punt important – que exigeix un sacrifici. El Déu d'una aliança que es transmet per la via del pare (2005, 97).

Lacan pren aquest relat en el *Seminario Introducción a los Nombres del Padre*. La pregunta que posa en relleu en aquest seminari és la següent: què és aquesta voluntat de Déu que l'home compleix cegament? Quin desig podem suposar a un Déu tal? Per la nostra banda, podríem dir que és un desig de Déu que desperta l'horror de l'home. O potser localitza un horror indeterminat que ja existia? Es pot prendre Déu com la font del mal de l'home. Però ara, la ciència ens permet de creure que no es tractava de Déu. En canvi, era molt eficaç. Per què? Perquè donava nom a un horror que l'home experimentava, permetia localitzar-lo.

Si el pare de l'amor cedia el seu gaudi, deixava que drenés el del fill, aquest Déu és el gaudi. Un Déu que no cedeix, a diferència del que feia el pare de l'amor. El que no cedeix, el que no es capaç d'amor pel fill. El que, contràriament, demana un sacrifici que s'igualarà a la manca de sentit radical de la vida. És un Déu que encarna allò radicalment Altre que suposa el gaudi i que al mateix temps, pel sacrifici, rep un dipòsit de gaudi del subjecte.

6.7.1. La diferència

L'excurs per la qüestió de Déu i del pare ens ha permès copsar que el gaudi propi no és reconegut directament sinó que es percep en l'Altre. El mal s'identifica en l'Altre, per això podem dir del Déu antic que és radicalment Altre. Aquest Déu permet localitzar perfectament el mal perquè es tracta d'ell mateix.

La percepció més habitual és que el mal, el desassossec o la frisança no són un mal del subjecte, sinó que són a causa d'un Altre. Sovint, d'aquell que se n'ocupa, que el cuida, que té molt de poder sobre el malalt. Així s'explica que allò diferent que el sacerdot drenava no pertanyia al subjecte, pertanyia als déus. El subjecte cedia alguna cosa, sacrificava alguna cosa, per apaivagar allò radicalment diferent en l'Altre i que era irreductible a qualsevol mode d'aproximació racional. En la mesura en què la raó només pot tractar allò diferent fins a un límit, cal una operació fora de raó per tractar-lo. Cal una cessió.

Per als humans el mode de satisfacció i de concebre el patiment, el mode de gaudi, propi de la societat en què es viu – o amb la qual un s'identifica – és el normal. I els de les altres societats semblen irracionals. És per això que cada societat té alguna droga permesa. Per exemple, en la nostre societat l'alcohol és permès. Durant segles, no ha causat cap problema que es consumís alcohol²⁹. En canvi la marihuana, que els nostres veïns del Marroc consumeixen sense fer-se qüestió, no. Al mateix temps, el que els sembla forassenyat a ells és l'alcohol.

Als homes, les dones els semblen estranyes. Als blancs, els negres els semblen estranys. El gaudi dels altres és estrany perquè és dels altres. El propi és normal.

El mateix passa amb el gaudi personal que és inconscient, habitualment cada persona troba que la seva vida és d'acord amb la norma. I la dels altres és estranya. De vegades es fa servir l'ètica per voler dir que es té raó, és a dir, que el mode de gaudi propi és el que val, quan justament el camp de l'ètica és el que prova de plantejar les pròpies raons, respondre del que es sosté (M.-A. Broggi, *Per una mort apropiada* 2011, 231). Podríem dir que el fonament d'aquesta percepció és que imputem el gaudi a qui se'n va fer càrrec quan érem dependents, en la infantesa i en l'adolescència. Fer-se adult té a

²⁹ Avui en dia la lluita contra l'alcohol i el tabac, més enllà del raonable, no deixen de ser lluites contra un mode de gaudi.

veure amb assumir la càrrega de la vida i això inclou el mode de gaudi inconscient: el mode de satisfacció, el mode de patir, el mode d'entendre el món, les pròpies eleccions.

Però, fins i tot quan un és adult, en els moments d'enfrontament amb els punts traumàtics de la vida, torna la impressió que hi ha alguna cosa de l'Altre que fa obstacle. S'esdevé que per sempre més ha quedat dipositat en l'Altre allò que la pròpia raó no pot copsar i va resoldre l'Altre amb el seu acte.

Als fills, els propis pares els semblen pitjors que els dels altres i, al mateix temps, els millors. A l'home la seva dona li sembla més estranya que les altres i, al mateix temps, la més coneguda. L'operació d'amor és una de les operacions psíquiques més misterioses i al mateix temps més reeixides per assossegar l'ésser humà. Fins a un punt tal que, quan tot va malament i no hi ha explicació, es culpa aquell que el subjecte més s'ha estimat, perquè ell es fa càrrec psíquicament d'alguna cosa del gaudi del subjecte.

Lacan va donar un nom a aquesta identificació de l'objecte i l'Altre: *extimitat*. En l'Altre hi ha allò més íntim desconegut que, per tant, al subjecte li sembla totalment exterior: és *èxtim*. És allò que el subjecte ha sacrificat als déus i que, per tant, correspon al gaudi de l'altre quan és allò més propi.

6.8. EL GAUDI I EL METGE: EL SACERDOT

Què ens mostra aquesta qüestió que ens interessi pel que fa a la relació del metge amb el seu pacient? La tasca del metge prové de la del sacerdot antic. Els que curaven en l'antiguitat eren els sacerdots, els mitjancers entre els homes i els déus. Els sacerdots eren els que es feien càrrec de les interpretacions del mal i del sacrifici que congraciava els homes amb els déus.

En el pròleg de la darrera edició del text *El médico y el enfermo* de Laín Entralgo, Diego Gracia i José Lázaro treballen a partir de la idea que, en les cultures primitives, el metge és el xaman o sacerdot i és identificat amb la llei (Lázaro 2003, 15). Com indicà

Lacan en la citació que inicia aquest capítol, la funció del metge té a veure amb alguna cosa que remet al sagrat.

Igualment, Lacan va comparar el psicoanalista amb el mag, l'alquimista i el xaman perquè ells, com l'analista, treballen a partir de la seva persona (J. Lacan, Situación del psicoanálisis y formación del psicoanalista en 1956 1997) (J. Lacan, El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1999). No va establir una correspondència entre ells, sinó que en va establir les similituds i les diferències per poder situar el lloc de la psicoanàlisi en l'àmbit del coneixement. Però entre ells i el psicoanalista hi ha en comú la particularitat que treballen a partir de la seva persona. Igualment, en el *Parlament de Lió* de 2010, Miller proposava³⁰ que, finalment, alguna cosa semblant a la màgia opera en la pràctica de la psicoanàlisi, en la pràctica per la paraula. Cal esbrinar de què es tracta i formalitzar-ho en la mesura que sigui possible. Aquests autors ens permeten aproximar-nos a la lògica de la funció sacerdotal.

6.8.1. Com operava el sacerdot?

La qüestió del sacerdot en l'àmbit de la medicina antiga té una relació directa amb l'àmbit del coneixement. Va haver-hi un temps en què tot allò que no es podia conèixer era atribuït als déus i era *sagrat*, com ara les tempestes, els volcans i tot allò que imprevisiblement i des de l'exterior posava en risc la vida. Però també hi havia el que amenaçava des del propi cos: les malalties i alguns afectes violents. El que en la natura i en el cos era sentit com una amenaça i no se sabia explicar s'atribuïa a la voluntat dels déus. Déus terribles, com deia més amunt.

En aquell temps en què l'home es veia sotmès a la natura com contingència permanent del desig dels déus, tenia un aliat: entre la *voluntat obscura* (J. Lacan, El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1999, 283) dels déus i l'home hi havia el sacerdot. No hi havia un coneixement desenvolupat per fer front a les contingències – en el lloc on el coneixement hauria pogut exercir algun domini com

³⁰ Notes personals preses durant la celebració del *Parlament* al que vaig poder assistir.

avui sabem –, hi havia les paraules i els actes del sacerdot. Hi havia la interpretació i també el sacrifici que s'oferia als déus en cerimònies rituals.

De fet la tasca del *sacerdot* és aquesta, ell és l'home dedicat o consagrat a oferir sacrificis a la divinitat. Segons el diccionari, *sacrifici* és la donació, *renúncia* o immolació que fan l'home o la comunitat religiosa a la divinitat. Per a Mauss el sacrifici

consisteix a establir una comunicació entre el món sagrat i el món profà per intermediació d'una víctima, és a dir, d'una cosa consagrada destruïda en el decurs de la cerimònia (Mauss M. i Hubert 1995)

És a dir, els homes feien una ofrena als déus amb la mediació d'un sacerdot. Oferien quelcom que era destruït, cedien quelcom per fer favorable el desig de déu, podríem dir.

L'aliança amb Déu significava que l'home rebia la seva protecció però a canvi havia d'entregar-li alguna cosa. Si la interpretació establia que Déu estava furiós per algun motiu, el sacrifici suposava que l'home no seria destruït per la ira de Déu. L'aliança permet oferir un sacrifici parcial i no entregar tot al gaudi al Déu – no perdre la vida per la ira de Déu, donar-li alguna altra vida a canvi –.

Hem vist que el nom del pare relaciona gaudi i desig: el gaudi sempre correspon a un desig. La fúria de Déu és el seu gaudi i per l'home implica que hi ha un desig de Déu que no es comprèn. El desig de Déu és la causa de les desgràcies que assolen l'home i que tampoc no es comprenen. Com la mare del fill suïcida imputava al metge la causa del suïcidi, en l'època en que no hi havia coneixement, les desgràcies de l'home s'imputaven al desig de Déu.

cap història escrita, cap llibre sagrat, cap bíblia, per dir-ho amb totes les lletres, millor que la Bíblia hebraica, sap fer-nos viure la zona sagrada on s'evoca l'hora de la veritat, que anuncia l'encontre amb el costat implacable de la relació amb Déu, amb aquella maldat divina que fa que sempre sigui amb la nostra carn que hem de saldar el deute (J. Lacan, El Seminario 10. La angustia 2006, 238)

Mauss i Hubert recorden que Tylor ja va trobar la fórmula del sacrifici:

do que el salvatge feia a éssers sobrenaturals amb els quals volia congraciar-se (Mauss M. i Hubert 1995, 24)

Els ritus sacrificials, l'abnegació i la renúncia personals són l'evolució d'aquella primera operació (Mauss M. i Hubert 1995, 223-231). Segons Benveniste (Benveniste 1969, 223), l'arrel vèdica *yaj-* és, abans que sacrifici, honorar déu, sol·licitar-ne el favor, reconèixer-ne el poder mitjançant oblacions. En segon lloc, és una ofrena a déu.

És a dir que, en relació amb el que no es coneixia i planava sobre l'home, el sacerdot s'hi aproximava amb paraules – les interpretacions – i, per completar les paraules, amb actes – el sacrifici –. Hem dit abans que un pare dona sentit amb noms i assumeix el que no té sentit amb els seus actes. Veiem com el sacerdot compleix una funció paterna: per les seves paraules i actes, fer de mitjancer amb la força de la vida quan la vida fa mal.

En parlar de la funció paterna hem dit que, més enllà d'una funció que té a veure amb l'atribució de sentit, el que distingia el pare és el tractament d'allò que no en té. Igualment em sembla que s'ha identificat la funció sacerdotal i la religió exclusivament amb l'atribució de sentit (J. Lacan, *Discurso a los católicos* 2005), sense tenir en compte que per què l'atribució de sentit funcioni ha d'haver-hi una operació sobre el que no en té. El sacrifici era aquesta operació. Per poder creure en les paraules aquestes han de poder acollir suficientment allò que no té sentit.

Pare, sacerdot i sacrifici són conceptes que pertanyen a una manera de veure el món que ja no és del tot la nostra, però de la qual som hereus. Nogensmenys, encara avui, veiem persones que veuen defallir la seva fe en Déu en els moments de malaltia greu. I, sovint, li ofereixen un sacrifici com proposta – per exemple, deixar de fumar o anar caminant a Montserrat –; és a dir, ofereixen quelcom que toca el gaudi a canvi d'un favor per la salut.

6.9. DÉU: UNA OPERACIÓ EPISTEMOLÒGICA

*El dolent del fet que els homes hagin deixat de creure en Déu
no és que ja no creguin en res,
sinó que estan disposats a creure en tot*
Chesterton

En introduir l'apartat anterior, he dit que la qüestió del sacerdot en l'àmbit de la medicina antiga té una relació directa amb l'àmbit del coneixement. El déu de l'antiguitat és un déu del no saber, un déu que s'ocupava del que l'home no coneixia sense afegir cap coneixement. Però progressivament va créixer el coneixement amb la filosofia, amb les matemàtiques i finalment amb la ciència com la coneixem avui.

Per això, en l'Edat Moderna, déu havia canviat de signe i el déu de Descartes va ser el del saber. En aquell moment, l'home es dotava d'un coneixement que li permetia de dominar les coses del món, però tot i així necessitava a déu. Per què? Perquè res no assegurava la percepció del home, podia ser una altra. Déu garantiria la veritat d'aquell coneixement. El coneixement progressava i permetia un domini del món que feia innecessari el recurs a déu per explicar les desgracies de l'home. Per això, déu es va anar buidant de gaudi – no calia interpretar-ne el desig, no calia estar pendent del seu gaudi –. El déu de Descartes, el déu dels filòsofs, és un déu que no desitja res i posseeix tot el saber de l'univers, saber que garanteix per la seva existència mateixa. És el déu que queda elidit en la ciència però que sempre vetlla, és el déu que no cal tenir present però que garanteix que el coneixement està ben fonamentat (A. Teixidó, El desig de l'analista. Transferència i pulsó (DEA del Instituto del Campo Freudiano) inèdit).

Al segle XVIII, la Revolució Francesa marcà un viratge en la història de la humanitat en acabar amb la monarquia com articulador de la societat. Amb el darrer sobirà de l'Antic Règim, s'inicià una evolució que ens duu als actuals sistemes democràtics. No entrarem en una anàlisi política però em sembla important mostrar alguns punts de referència per la qüestió de la dissolució del pare, solidaria de la funció del monarca i dels canvis en la concepció de déu.

Pel que fa al nostre problema epistemològic, al segle XIX, Nietzsche, amb la proposta de la mort de déu (Nietzsche, *La Gaya Ciència* 2002, af. 127), assenyalà el camí de la pluralització de la veritat que obrí pas al concepte de discurs, paradigma en que es troba la contemporaneïtat. El mateix autor es va interessar per la via del llenguatge en el seu text *Veritat i mentida en sentit extramoral* (Nietzsche 2017). Podríem dir que, segons Nietzsche, el llenguatge en si mateix és el que introdueix el marge d'incertesa que convoca a la veritat i la posa en relació amb la vida no representable.

En els mateixos anys, i com hem vist en el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques», la ciència en medicina feu pensar que els tractaments no depenien de la confiança en el metge i la seva suggestió, que no era important qui aplicés un tractament perquè funcionaria com a tècnica: el remei curaria per si sol. A partir d'aleshores es va creure que el gaudi no era important, que no s'havia de tenir en compte; que al contrari, s'havia d'evitar perquè confonia el metge que havia de centrar-se a curar. La veritat esdevingué qüestió de perspectiva³¹.

A partir d'aquell moment, es va començar a deixar el gaudi sense resposta personal, no se'n va ocupar ningú en medicina. I va sorgir la psicoanàlisi, que no responia al gaudi però l'acollia i en feia respondre al subjecte que la consultava.

Al segle XX, qui millor ha pogut parlar d'això és Jacques Lacan amb el seu concepte de *pluralització dels noms del pare*. Si en política es tracta del lloc i no de l'home – distinció que permeté passar de la monarquia a la democràcia – en epistemologia es tracta d'una construcció i no de la veritat. No hi ha una sola interpretació de la realitat, la del sacerdot, sinó que la veritat és plural. La ciència esdevingué un semblant i el coneixement es va anar fent relatiu a les possibles construccions de l'home sense que fos possible establir correspondències certes amb l'univers. La ciència actual opera

³¹ Per exemple, com he indicat en el capítol «Introducció al principi d'autonomia», Casado explica que hi hauria la veritat del metge i la veritat del malalt.

segons la lectura possible que permet cada paradigma i no identifica el *real* amb el coneixement que produeix.

Crec que no és indistinta la qüestió que he esmentat més amunt: a mesura que creix el saber formal i formalitzable, a mesura que apareix la ciència com la coneixem avui, augmenta la confiança en poder controlar les contrarietats, disminueix la zona temible per l'home.

El coneixement ha permès representacions i interpretacions que allunyen l'home de la idea del desig de Déu: la natura té els seus motius o, com a mínim, un funcionament; i aquest funcionament es pot conèixer i escriure en fórmules que no depenen de la voluntat de ningú³². Però en deixar la voluntat i el desig fora, s'ha perdut el valor de la paraula.

L'entrada de la ciència en el capitalisme va aguditzar la versió segons la qual el vincle professional/pacient no era important perquè en el discurs capitalista el llaç no és important, no compta per a res atès que la mercaderia és l'únic que cal per resoldre la mancança. És aleshores que s'instaurà la desconfiança com a clima social.

Però el gaudi no havia mort, només havia desaparegut una manera de tractar-lo i va quedar sense tractament. Pensar que havia mort és el que feia pensar en la igualtat de tots els homes – es podia negar la diferència – i que les categories del coneixement podrien dir-ho tot dels mals que assetgen l'home. Però els mals que assetgen l'home segueixen tenint una sola font: l'absència de sentit a què està condemnat aquell que ha entrat en el llenguatge. I això no ha desaparegut de la medicina que, malgrat la seva potència científica, segueix sense poder curar-ho tot.

³² La ciència actual més aviat s'orienta per la lectura possible que permet cada paradigma i no identifica el coneixement que produeix amb allò que és.

6.10. EL QUE ES POT CONÈIXER I EL QUE NO ES POT SABER

El sacerdot preserva la ignorància de l'home comú. Amb la seva operació manté l'home aliè al coneixement del mal que l'assetja. No promou un saber, perquè no té un saber a disposició, sinó que es fa càrrec del malestar. Ha de pagar un preu: qui s'hi apropa quedarà sotmès al seu poder en els moments de dificultat i ell quedarà identificat en alguna mesura amb el mal pel qual vetlla³³.

A *El triunfo de la religión* Lacan va assenyalar que la religió progressa per la via del sentit, amb la religió es dona sentit atribuït al desig incommensurable de Déu allò que no es comprèn. Però la dimensió del sacrifici és la que introdueix el maneig de la desraó, no del que no es comprèn sinó del que és incompreensible. En aquesta via – com hem vist a l'apartat del déu antic – no s'opera mai per injecció de sentit, sinó per cessió de gaudi, per sacrifici d'alguna cosa. Darrera de la cessió, del sacrifici, hi ha la garantia d'un sentit que mai no es desvela. En la psicoanàlisi també hi ha la promesa de sentit, però lligat a l'horitzó de la seva caiguda.

Si considerem el tipus de saber en joc, veiem que de la banda de la religió hi ha absència de coneixement i que tot consisteix en la interpretació del patiment i els actes que el tracten. Tot és no saber. En canvi, de la banda de la ciència del capitalisme hi ha el coneixement i l'abandonament de l'acte per una creença absoluta en el que el coneixement com a tècnica pot produir. Tot és conegut. Serien modes excloents d'aproximació a la realitat.

La ciència seriosa segueix considerant els límits del seu mode de coneixement. I aquí voldria introduir la idea que en el límit del coneixement es produeix una operació ètica del practicant: una decisió sobre com assumeix el límit. No sol ser una reflexió conscient, sinó que els investigadors i professionals ho revelen en la seva manera de fer.

³³ Una via molt interessant per al tema de l'extimitat i el sagrat la tenim en l'origen etimològic de *sacerdos*, que és *segregat*.

Si en ciència es rebutja el camp del que no es pot saber, es converteix la ciència en una religió. Certament, avui hi ha científics i metges que parlen en nom de tota la humanitat, el seu saber el declaren universal així com el seu concepte de bé – és bo tot allò que es demostra científicament –. Es diu que només la ciència és un àmbit de coneixement cert i s'exclou la psicoanàlisi i la filosofia. Això no és ciència, és cientisme: la ciència feta religió.

En el punt precís del límit del coneixement hi ha una qüestió que no podem aclarir per la via del coneixement perquè es tracta de la posició personal de cada investigador.

Així, podríem dir que si l'investigador s'alinea amb l'esperança, no provada, que la ciència podrà explicar tots els àmbits del humà, aleshores és un científic. Si, en canvi, troba que la qüestió de la veritat s'ha de deixar oberta i que no hi ha un saber que pugui donar compte de tot, és un científic, un psicoanalista o un filòsof. El científic sap que el seu saber és relatiu al paradigma i que per fora d'aquest hi ha un impossible de saber. El filòsof pot definir i interrogar els àmbits i límits del saber. El psicoanalista s'ocupa de l'incalculable en la decisió dels subjectes en joc en qualsevol operació humana.

Amb la ciència es localitzaren i hem pogut tractar moltes qüestions que atemorien l'home, però en un excés d'optimisme es va intentar que també es progressés per la via científica en l'àmbit del gaudi, com hem vist al capítol del cos amb Babinski. De fet, es pot intervenir sobre el gaudi des de la ciència, com es fa en donar tranquil·litzants o antidepressius sense comptar amb el que en diuen els subjectes atesos. Negar aquest marge converteix els individus en incapaços de tota crítica, i avui trobem subjectes d'una *credulitat sense límits* (Duch 2011, 25).

Ara bé, malgrat aquests científics que avui dominen el món, alguna cosa del gaudi resisteix i encara és més ferotge que en temps de Babinski. Ho veiem per com retorna sobre el metge mateix en forma d'agressions.

6.11. L'AUTORITAT DEL METGE I LA CONFIANÇA DEL PACIENT

La confiança es produeix en el punt on no hi ha garantia, si n'hi hagués, no caldria confiar. La confiança és una cessió de sentit, una cessió de gaudi.

Avui dia s'intenta reduir tot coneixement a una tècnica que es pot aplicar sempre igual. Però, al mateix temps, el déu a qui s'oferia el sacrifici ha quedat reduït a no-res. I el metge, també. Perquè, finalment, la grandesa del practicant, la seva autoritat, li ve no tant per allò que sap sinó per com s'ho fa amb allò que no es pot saber.

Seria banal pensar que al metge s'hi va només pel que sap. S'hi va, com al sacerdot o al psicoanalista i també al mestre, perquè s'espera d'ell una garantia d'aquest saber: s'espera que ho sabrà tot. I si no, que *sabrà fer* alguna cosa. En definitiva, s'hi va perquè s'hi confia.

En la medicina el *saber fer* ha estat, sobretot, saber estar, fer companyia, fer costat (Morlans 1994). En la medicina anterior al capitalisme el metge, quan no aconseguia curar, no abandonava el malalt, restava al seu costat. Això per al malalt és molt important, no queda identificat amb allò incurable, és algú que, malgrat tot, mereix la consideració del metge. Però sense eines, aquesta tasca pot ser molt feixuga fins i tot si ho fa bé. Així ho mostra la pel·lícula *La maladie de Sachs* (Dupontel 1999), mal traduïda com *Las confesiones de Sachs*.

Podríem dir que en la violència contra el metge el que és fa és sacrificar el sacerdot que ha dimitit de la demanda d'atendre el que no es pot saber, de la confiança que se li

adreçava entre els intersticis d'una demanda que semblava – i de vegades ho és però no sempre – de curació.

La mort de Déu deixà als homes la difícil tasca d'explicar-se el que no té explicació, de fer-se càrrec de la manca de garantia de tota explicació. Els diferents discursos tracten de diferent manera aquest límit, però el discurs del capitalisme diu que no hi ha límit, nega el *real*.

Quan Lacan va poder formalitzar que el límit estava en el llenguatge mateix va obrir el camí de la psicoanàlisi vers la modernitat en situar el cos en el límit del poder del llenguatge. Avui, Laurent ho diu així: «Ara que ja no hi ha garantia de déu, hi ha una garantia en el cos» (Laurent, Hemos transformado el cuerpo humano en un nuevo dios 2008). Agamben també ho diu, encara que per diferents motius³⁴.

En reduir-se el poder del practicant – sacerdot, metge, psicoanalista, polític – el comandament passà al cos. Si l'Altre no orienta, orienta el gaudi.

Així, avui, en un món dominat per la ciència com a saber total, el cos dels subjectes condemnat a gaudir pels objectes del capitalisme esdevé la brúixola de la vida. Perquè res en el saber de la ciència no permet d'ordenar el malestar de la pulsíó i aleshores aquesta produeix els seus efectes com un *real*, des del silenci de la matèria a què ha estat condemnada. La negació de la pulsíó, del gaudi, facilita que sigui aquest qui governi secretament la vida dels subjectes, amb un govern que és un desgovern de la raó.

6.12. EL GAUDI SEMPRE ÉS DE L' ALTRE

Però el gaudi – per més que s'estudii i s'avanci en la seva comprensió – sempre s'experimenta com a radicalment Altre. No s'assumeix com a propi, sempre trobem

³⁴ Per a Agamben, si durant molts segles la regulació de la vida es produí a través de la sobirania d'un monarca – que encarnava ell mateix la possibilitat de governar sobre l'enemic, cedint ell mateix la seva vida en sacrifici o la de un home equivalent – després de la mort de Lluís XVI – i atès que amb la seva mort, moria la monarquia – el que ocupà el lloc del monarca, del sobirà, fou el cos. Però el cos en el seu límit, en la zona d'excepció. El cos de la *nuda* vida.

que la desraó, allò forassenyat i, principalment, la causa del propi mal, està fora. Com assenyala Eric Laurent en la seva entrevista «Racismo 2.0», quan algú s'orienta pel gaudi, aquest no és el propi, és l'aliè. I el gaudi aliè sempre és rebutjar: el normal és el propi però al mateix temps és invisible com a gaudi, l'aliè és percebut i rebutjat. I és que el gaudi experimentat ho sol ser com a mal. En aquest àmbit és més fàcil reconèixer el que és rebutja que el que s'experimenta. Això vol dir que avui ens orientem principalment pel que ens sembla dolent en l'altre.

Avui el referent no és l'Altre, és l'altre. Avui el metge no és un Altre, és un altre. En negar l'asimetria de la relació – i aleshores rebutjar l'operació d'acollir el gaudi – provoquem aquest passatge.

Com ja he dit, mai no es pensa en el propi gaudi com a origen del mal, ni com a desraonat. Sempre es percep que l'estrany és el gaudi del altre. Veiem, en aquest capítol, que l'estranyesa correspon al propi cos però es localitza, i rebutja, en l'altre. El racisme és això, el rebuig del gaudi de l'Altre. Per posar un exemple molt actual, sembla que el malestar ve de l'immigrant, per exemple, i que, un cop l'haurem rebutjat, els problemes veritables hauran acabat.

A la manca de ser que institueix el llenguatge correspon l'absència d'una identificació que doni raó de l'ésser. Si per assegurar el propi ésser, ens orientem pel gaudi de l'altre, del proïsme – no l'Altre sinó aquell que té una imatge semblant a la pròpia – aleshores aquest encarna l'objecte *a* i esdevé una brúixola que indica una «identificació negativa», podríem dir. El gaudi de l'altre és el que es rebutja, el que s'oposa al que podria identificar l'ésser propi (Laurent, Racismo 2.0 2014). El subjecte semblant no és tant semblant: contràriament, és un oposat que encarna allò que un hom rebutja en si mateix.

Si bé l'Altre permet la identificació i una resta que institueix la diferència, la relació amb el «igual» opera, en canvi, per exclusiva diferència – o per exclusiva identificació –

i no permet la diferència, deixant els subjectes abandonats al sentiment de manca del seu ésser, tal vegada, al dolor del cos, a l'excés. El cos esdevé l'única referència certa.

En medicina el passatge del domini de l'Altre al domini de l'objecte *a* el podem observar en el desplaçament de l'interès de la paraula al cos, interès que arriba a la supressió de la paraula del malalt, com hem vist al capítol «Babinsky i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques». Aquest cos el defineix el dement terminal, per exemple: un cos sense subjecte, que no és vida natural perquè està travessat per totes les identifications que l'han fet humà i per la seva mateixa falta constitutiva. No és vida natural, deia, però, al mateix temps, no és la vida que val la pena ser viscuda: és la vida reduïda al pulsional. Si és aquest objecte el que s'eleva a organitzador de la vida política, el govern queda en mans dels que tenen poder sobre ella, molt especialment els metges. Avui tots els cossos són reduïts a organismes, igual que el cos del dement.

El metge ja no encarna el sagrat – o la seva forma laica, *l'extimitat*³⁵ – en si mateix perquè ha renunciat a la contingència i a l'elecció, però domina sobre el cos ja no *moral* sinó *pur* en tant que *higiènic*. Domina sobre un cos que creu depurat de gaudi, perquè no el reconeix. El registre del gaudi hi és eliminat però es manifesta en tota desviació del que suposadament seria «normal». De fet, com més s'intenta eliminar, tant més hi insisteix. No hi insisteix com a immoral, sinó en la forma de pacient incomplidor irracional, en la forma de pacient violent irracional³⁶.

Crec que és en aquest passatge que va de la funció sagrada – que reconeixia un misteri – a la gestió que mai no inclou la pèrdua – que espera obtenir la transparència de tots els àmbits –, crec que és en aquest passatge que el metge ha passat de ser una autoritat

³⁵ Veure l'apartat «Fora de llenguatge: alguna cosa insisteix» d'aquest mateix capítol.

³⁶La promesa d'un saber sense resta fa que Déu esdevingui innecessari. S'esborra en el mateix moment en què desapareix la resta. Ara bé, veiem com en la medicina creix el recurs a l'espiritualitat – hi ha metges que busquen en teories espirituals més o menys elaborades, des de Bucay a les diverses religions – i també com pacients i metges recorren a medicines alternatives com una manera de reintroduir alguna cosa del gaudi – sense anomenar-lo així, sinó considerant que es tracta de visions holístiques que inclouen els aspectes personals i subjectius de l'emmalaltiment –.

a perdre tota autoritat. Aquesta nova funció queda distribuïda entre diversos professionals que també comparteixen aquest destí.

Avui, la medicina s'ocupa de la vida biològica perquè rebutja el sentit de la vida en el seu tractament. Sense adonar-se que això és imposar una vida buida de sentit tantes vegades com es nega el valor particular que per a cada un dels subjectes atesos té la vida. O es fa com si el valor de la vida de cada u fos aliena a la relació amb el metge. Ho és? Podríem dir que hi és aliena en la mesura en què el metge no pot imposar la seva mesura del valor de la vida; però no hi és aliena en la mesura en què a ell se li demana de respondre allò que no té solució. Aquesta és l'operació perduda amb el rebuig del paternalisme i l'orientació a l'autonomisme liberal perquè s'ha negat el gaudi i el desig. Perquè ja no hi ha espai de descobriment.

Els subjectes queden sols amb el seu cos en desaparèixer la funció de l'Altre. Això els obliga a l'acarament, per una banda, de la soledat de la pulsíó, el gaudi autista, o del rebuig del gaudi de l'altre; i per altra banda a l'acarament especular amb els semblants on el cos només pot ser interpretat en clau alienada. Queda exclosa la interpretació de l'Altre, el passatge per l'Altre.

El problema no és que morís Déu. El problema és que amb la mort de Déu es va creure que l'home quedava alliberat de la càrrega del gaudi i tot semblava possible. Però el gaudi insisteix en cada cos, de manera que el que s'esdevingué és la soledat.

6.12.1. Els problemes del gaudi són els problemes del vincle

En veure que la ciència explicava la natura i permetia de dominar-la, es volgué que el coneixement avancés igualment pel que fa al domini del psíquic i dels problemes del llaç entre els homes. El mode com s'organitza el gaudi només es pot tractar a partir del vincle. Si es deixa de banda el gaudi es prescindeix del llaç, del vincle entre el professional i el pacient. La relació paternofamiliar és un vincle personal de dependència.

El paternalisme reproduïx un vincle segons aquest patró. L'autonomisme exclou el vincle: el subjecte pot fer sol, ha de fer sol. No ha de ser influït. No ha de ser dominat en cap sentit. I així s'ha intentat fer passar pel camí de la ciència l'estudi d'aquests àmbits humans. Però això no és possible perquè la matèria d'aquests àmbits i la matèria de les ciències de la natura són heterogènies. No es tracta de tornar al pare ni al paternalisme, no faria res més que dur als mateixos impassos – suposant que s'hi pogués tornar –.

Un camí per recuperar alguna cosa de la funció paterna sense tornar al paternalisme són els comitès de bioètica. Perquè l'ètica suposa el reconeixement de l'altre – (Freud, *El malestar en la cultura* 1986) –.

La psicoanàlisi ha descobert que es pot assumir la via de del pare, sense identificar-s'hi, ocupant-ne el lloc. És una via ètica, es pot promoure un altre tipus de coneixement. El pare indica que hi ha un lloc psíquic de coneixement i reconeixement de la singularitat. Des d'allí el psicoanalista pot operar. Singular, vàlid per a un sol cas i, no obstant, molt poderós. És d'un altre registre, no és equiparable al científic i inclou la desraó. Continuaré desenvolupant aquesta qüestió en l'apartat sobre la *demanda* al capítol final.

El gaudi, el patiment, obsta, presenta resistència a ser governat per mitjans científics, a ser universalitzat. A la medicalització del patiment, els homes hi responen amb el incompliment terapèutic. A la negació del patiment, de vegades hi responen amb la violència. Crec que aquests dos fenòmens, incompliment i violència, són la punta de llança del retorn de l'exclusió de la dignitat del patiment, la dignitat del *real en el cos, el gaudi*, del seu oblit.

Em sembla que podem començar a copsar que la reacció violenta pot tenir una lògica i que hi hauria maneres de reduir-la, neutralitzar-la, abans que s'esdevingués però sense restar-li dignitat al patiment de qui es empès per aquesta pulsíó. És en aquest punt on el practicant es trobarà més en relació amb el que no es pot saber que amb el que la

seva disciplina proveeix. Concerneix l'ètica de la seva posició amb el saber i davant del malalt.

Lacan, en el punt en el que rebutjà el Nom del Pare, indicà el camí de la lògica per complir la funció (J. Lacan, El Seminario 15. El acto psicoanalítico Inèdit, lliçó 20/03/68). Hi tornarem en els propers capítols.

La sortida del problema obliga a veure que sacerdot i comitès d'ètica són operacions sobre allò que no es pot saber. Són respostes a la impossibilitat de la disciplina mèdica de donar solució a tot pels propis medis.

6.12.2. Asimetria de la relació

El paternalisme es va rebutjar, en part, per l'asimetria que suposava en la relació. El model capitalista ha proveït una manera de concebre la relació assistencial en termes que poden fer pensar que es volen garantir certs drets del malalt. El metge com a proveïdor del que el malalt requereix, es comportarà d'acord amb les regles del comerç. Però la relació metge/pacient concebuda empresarialment va en contra de la confiança que, precisament, volia garantir (López Jaramillo i Holguín Lew 2013, 126) (Tizio, La función del síntoma 2015). Això és encara més evident si observem el model de les empreses del capitalisme més actual. Avui veiem fallar en totes les empreses la funció de l'interlocutor mentre, cínicament (Duch 2011, 18), es revesteixen d'objectius ètics i de bé social: companyies d'aviació o telefòniques serviran d'exemples reconeguts per tots.

Però la relació entre metge i pacient és totalment asimètrica. El malalt experimenta el seu ésser debilitat i vulnerable, es troba dividit i aliè a si mateix. El metge té els coneixements, la informació i la capacitat de fer que el poden ajudar. La possibilitat que pugui abusar d'aquesta condició ha introduït les limitacions. La bioètica i la llei acoten l'àmbit de poder del metge, però convé no confondre la llei amb els aspectes de la vida

i de la clínica que intenta regular. Que el pacient estigui en igualtat legal amb el metge no significa que hi estigui en igualtat de condicions: és diferent radicalment perquè està malalt, està en una posició de feblesa personal, la seva capacitat de pensar i decidir pot estar també afeblida. És a dir, tendim a desitjar la igualtat i la regulem per llei perquè no som iguals.

El metge ha de jugar amb aquestes dues condicions: respectar el dret, el que val per tots, i tenir en compte la feblesa i el que val només per un.

L'asimetria per tant, roman intacta però, avui, el poder s'ha desplaçat del metge al funcionariat del sistema (López Jaramillo i Holguín Lew 2013, 128). Ho veiem clarament en les directives gerencials que s'imposen als metges, en què els criteris econòmics passen per sobre dels clínics. Actualment es fa al metge coresponsable de l'activitat econòmica del centre on treballa i per tant se li demana de limitar el nombre de proves diagnòstiques, de receptes farmacològiques o bé de calcular el nombre d'altres que ha de donar. Podem veure doncs que el poder s'ha desplaçat. Aquest fet pot generar desconfiança del malalt que podria creure que el metge no es preocuparà tant per ell com pel sistema.

Al metge li queda, però, el més important en la relació clínica, que és sostenir personalment el tracte amb el malalt. En aquest àmbit el seu poder segueix essent el mateix que sempre. El valor que té com interlocutor privilegiat del malalt fa que sigui dipositari de la confiança d'aquest i, més que d'un saber o d'una potència sense límit, és d'aquesta confiança que ha de respondre.

6.12.3. Respondre de la confiança

El sentit moral del deure del metge de vegades el duu a pensar que ha de realitzar bé la seva intervenció per no defraudar el pacient en la seva confiança, i així és. Però també ha de reconèixer que hi ha intervencions sense garantia i que en aquest cas la confiança del pacient inclou, lògicament, la incertesa. Això no vol dir que si les coses no van bé el

pacient o acceptarà o s'hi resignarà, tot i que és la posició més comú. Vol dir que, si les coses no van bé, el pacient espera del metge alguna cosa més. No es tracta del que en podria obtenir per una reclamació com suposen la lògica gerencial i la medicina defensiva.

Exercir el poder, des d'aquesta perspectiva, no tindria tant a veure a identificar-se a la potència de la ciència com a reconèixer i manegar els seus límits. Aleshores no es tractaria tant de paternalisme – d'algú que sap i pot – com de recollir alguna cosa de la funció paterna – algú que no sap i vol –, d'incloure la funció d'interlocució. Si no, a qui correspon de fer-se càrrec dels límits de les diferents disciplines?

Es tractaria d'acceptar la finitud del seu saber – tant pel que fa al coneixement de l'àmbit i als seus medis com pel que fa al més íntim del pacient – i assumir l'acte que aquesta acceptació suposa. Si no ho fa així, acaba sent un mer buròcrata que no mereix confiança i es desinvesteix de tota autoritat, perquè la seva llei acaba sent «actua de manera que la teva acció pugui ser programada» (Barros, Obediencia sin autoridad: el sadismo nuestro de cada día 2016, 101). La confiança suposa que no hi ha acció programada.

D'acord amb Duch, podem distingir dos tipus de confiança (Duch 2011, 26-27): *perceptiva* i *espontània*.

La primera és deguda a les raons i ajustaments conjunturals que aquell en qui es confia pot aportar a la comprensió d'una situació, es dona *a posteriori*. La segona es deu a un fort corrent d'empatia cap a una persona o al que diu sense proves, *a priori*³⁷.

La *confiança perceptiva* és la creença que es fonamenta en el saber que el practicant mostra dels seus coneixements i destreses, que fan que el malalt cregui que el metge en

³⁷ Podríem dir que corresponen a les dues vessants que distingim en la *transferència*: la suposició de saber i la vessant d'objecte. No ho tractaré així en la tesi, però ho vaig desenvolupar en el meu DEA de l'ICF.

sap, d'allò objectiu implicat en el seu cas; la *confiança espontània* es fonamenta en trets particulars que el consultant troba en el professional i que singularitzen la relació, porten a la confiança en què els aspectes subjectius, el que concerneix el patiment, la persona, seran atesos. Aquestes dues vessants queden tramades en la demanda que el pacient adreça al professional.

Per tant, el pacient confia en el professional pel saber que li atribueix, però hi ha una part de la confiança que ha estat generada pels trets personals del metge.

Quan el pacient consulta, no sap què li passa i espera una resposta del professional que l'orienti. Aquesta resposta organitza el món de nou, dona sentit al malestar i tranquil·litza el subjecte abans de qualsevol intervenció. Es tracta del poder pacificador de la paraula per ordenar el món, les seves percepcions que, a falta de paraula, són caòtiques. Les preguntes que el metge fa, el diagnòstic que emet, les indicacions que dona, les decisions que pren són el que constitueix el saber que el malalt espera i el consola perquè li dona una esperança d'ordre i de restabliment. Generen la confiança perceptiva. Té a veure amb allò del que el coneixement pot respondre.

Quan el pacient consulta el metge, sol estar preocupat i no es troba bé. També espera una resposta pel que fa la preocupació i malestar subjectius. En aquest punt, el pacient no s'adreça al coneixement científic del metge sinó a la funció que el metge té per a ell. La resposta la busca en allò que ha generat la seva confiança espontània: la manera de parlar i de callar del metge, la seva mirada, les seves mans, el seu gest. Presència i manera d'estar són trets que atrapen l'inconscient del pacient i hi produeixen un efecte de confiança, o desconfiança, més irracional podríem dir, no fonamentada en el saber del professional. Pot ser tant o més important que la primera perquè té a veure amb allò que el coneixement no pot respondre.

Tot plegat crea un corrent d'empatia del pacient envers el metge, de tal manera que no sent l'impuls de conèixer-ho tot sinó que confia que el metge ho sabrà, i li és suficient.

En aquest tipus de confiança el pacient hi diposita el que no identifica i per tant no expressa del seu malestar.

La confiança és el que permet que la relació funcioni simptomàticament. Per què dic això? Perquè no estic dient que qui confii en el metge farà tot el que aquest diu, sabem que no és així. Que hi confii vol dir que tornarà a veure'l en tota ocasió en què el seu món es commogui, encara que no faci cas de la prescripció. Perquè el metge dona més coses, i diferents, que ell mateix no creu.

La coneguda idea que metge és la primera medicina del pacient va ser desenvolupada per Balint en el seu text «El médico, el paciente y la enfermedad» (Balint 1961).

6.12.4. Invitació a saber

No és una invitació a intentar dirigir el que el metge diu i fa. És una invitació a saber: a saber què provoca cada metge en un malalt concret. És convidar a un saber que la medicina no pot incloure en els seus estudis científics i que s'ha d'incardinar en la pràctica mèdica amb una reflexió continuada sobre la pràctica, no es pot fer abans.

Promoure una relació artificial buscant paraules i gestos que de manera estandarditzada promourien la confiança no farà res més que augmentar el desassossec del malalt i potser el del metge. Per contra, cada metge pot trobar en si mateix els propis elements singulars generadors de confiança. S'ha d'anar treballant continuadament perquè, en cas contrari, el metge pot ser conduït per la funció apostòlica.

6.12.5. La funció apostòlica

Els metges, com és natural, tenen cada un la seva concepció del bé, del raonable, del moralment acceptable. Balint va anomenar *funció apostòlica* del metge aquella per la

qual el metge està convençut que la seva manera d'enfocar qualsevol problema mèdic o moral és la bona i que n'ha de convèncer el seu pacient (Balint 1961, 273-301). La seva personalitat es converteix en la guia de conducta que espera dels pacients. Els camps privilegiats en què aquest convenciment es posa en marxa són el de la sexualitat i el de la vida que mereix la pena viure. Uns camps que ara podem relacionar immediatament amb el gaudi. Els consells que el metge dona en aquest àmbit seran necessàriament els que ell valori com bons. Igualment, discerneix que hi ha metges que són molt curosos amb els pacients i es comporten com una mare, d'altres que són més freds i científics, d'altres com defensors de la veritat, d'altres com mestres... Finalment, hi ha metges que esperen agraïment dels seus pacients i d'altres que ni hi pensen.

Així com el metge no calmarà un dolor fins que no sàpiga d'on bé per no emascarar una malaltia, no hauria de tranquil·litzar un malalt ansiós fins que no sàpiga a què obeeix exactament el nerviosisme (Balint 1961, 292). Però en aquest àmbit se solen posar en marxa les creences i els valors del metge d'una manera inconscient.

Això no és dolent: els pacients elegeixen el metge per raó d'aquests factors precisament, però convé manegar-los amb cautela perquè concerneixen el seu gaudi i el del pacient. La dificultat de manegar aquest àmbit és un dels motius del rebuig del paternalisme.

6.12.6. La confiança necessita un metge en singular

Deia que la confiança permet la simptomatització de la relació, i això és important. Vol dir que el malalt es comportarà amb el metge segons el seu estil particular. És a dir, amb el metge no es comporta diferentment que amb el seu cos o que amb les persones importants de la seva vida.

Això fa de la confiança un aspecte clau de la relació assistencial. Però en l'autonomisme, tal com es concep avui, aquest fet no té importància. Tal com passa amb el símptoma, hi ha tendència a creure que no és important la confiança en el

metge, que no importa qui sigui el metge, qui sigui el psicòleg, perquè les eines científiques i objectives no depenen de qui les aplica per funcionar. Així, el mateix pacient pot trobar metges diferents en diferents consultes i fins i tot psicòlegs diferents (Johns 2016).

Em sembla que la funció paterna és, primordialment, incloure el subjecte en un desig que no és anònim (Recalcatti 2011). Una funció de vinculació. Mostrar un interès sincer per la malaltia i pel patiment del pacient té aquest efecte. Poder confiar ja redueix el patiment. Qui espera alguna cosa dels altres, fins i tot si és tan sols un reconeixement del patiment, ja es troba alleujat. La funció paterna té a veure amb assumir que, quan el malalt confia en el metge, li està confiant, cedint, una part de la seva autonomia.

El metge té un poder i l'ha de fer servir, perquè el pacient hi confia, el que no pot fer és abusar-ne. Decidir per un altre pot ser respondre de la confiança. La qüestió sobre la qual cal pensar és la de com usar la seva capacitat d'influència sense alienar el pacient. Ho treballaré en el capítol «La demanda del pacient» quan tractem la qüestió de la demanda del pacient.

És com si el rebuig del paternalisme hagués abastat tot l'àmbit de poder del metge, i no em sembla que el metge hagi de cedir tot el seu poder, la qüestió és quin ús en fa i que no sigui un abús. El metge no ha d'abusar de la confiança que se li ha donat.

S'ha de considerar, cas per cas, quina és la relació del metge amb el seu pacient. Considerem el metge relacionat amb el seu pacient, que el coneix, que coneix les seves expectatives en la vida, els seus valors, els seus temors i les seves dificultats: aquest metge està legitimat per influir en el seu pacient quan ho troba necessari, per persuadir-lo, per contradir-lo fins i tot, perquè l'escolta. El metge en el qual es confia i que es fa mereixedor d'aquesta confiança acull una part de l'autonomia del seu pacient. Potser podríem definir així la confiança en el metge: la cessió de l'autonomia o d'una part de l'autonomia. El metge que ho accepta és un metge que es farà responsable del

seu acte. Parlarem de l'acte en el capítol «Paraula, silenci i acte», però avançaré que em refereixo a la decisió i a les actuacions del metge que no es corresponen amb el seu saber de referència sinó que són una resposta ètica.

Quedar alliberats del jou del pare, del sacerdot, del metge paternalista ha estat un avenç en la història. Però el poder que s'exerceix avui des de la tecnocràcia és molt més perillós perquè no hi ha ningú que l'assumeixi en primera persona, que n'assumeixi l'autoritat. La ciència d'avui suposa que no hi ha una ideologia que la sustenti i hi és, però també és cert que tot sembla funcionar sense un titular (Barros, *Obediencia sin autoridad: el sadismo nuestro de cada día* 2016, 98), perquè ningú no se'n fa càrrec.

El metge científic és irrenunciable, no volem un altre metge, no es tracta de tornar al xamanisme, però sí que convindria pensar si es pot acollir el gaudi d'alguna manera des de la posició del metge científic i com fer-ho.

Avui la reflexió està impedita i s'ha d'obeir sense raonar (Barros, 2016, 98). En medicina mateix, com assenyala Toulmin en el seu text «Regreso a la razón» (Toulmin 2003), és difícil trobar professionals que s'avinguin a introduir la reflexió en la seva pràctica. La medicina d'avui sol considerar que la filosofia confon (Tauber 2011, 140) i que només cal aplicar tècniques. Convé recuperar l'esperit crític, obrir-nos de nou a la reflexió, a l'espai que possibilita el desig, que rebutja la descàrrega immediata perquè espera obtenir una satisfacció superior – passant per la pèrdua –.

A continuació exposaré els casos recollits esperant que ens permetin d'avançar en les noves respostes.

SEGONA PART:

AUTONOMIA I VIOLÈNCIA DINS DEL MÓN SANITARI

7. EXEMPLES D'AGRESSIONS: LA TRANSFERÈNCIA

Si el metge rebutja tota singularitat en profit d'una universalització aferrissada i d'una estandardització de respostes terapèutiques, si abandona als resultats estadístics la justificació de les seves accions, s'arrisca a trobar-se desproveït de respostes quan l'explosió de patiment o la reivindicació ferotge del que ha estat promès es tornin poc suportables
Rémi Lestien

7.1. INTRODUCCIÓ

Aquest treball no tindria sentit si no poséssim en joc la seva vessant aplicada. Per això he volgut recollir alguns casos per observar de prop les agressions. He demanat el suport de professionals sanitaris perquè m'expliquessin situacions en què han sofert agressions dels pacients o de les famílies d'aquests.

A partir d'aquest oferiment, vaig ser convidada a participar en les reunions de canvi de torn d'urgències de l'hospital on treballo en què es parla dels pacients atesos. Va voler la contingència que, el primer dia que hi vaig assistir, el servei estava ocupat de gom a gom. A les vuit del matí, tots els *box* estaven ocupats i els passadissos plens de lliteres en renglera amb pacients i acompanyants. Doncs bé, la reunió va ser a peu dret perquè s'havien cedit totes les cadires als acompanyants dels pacients. Imagineu uns quinze metges parlant dels pacients durant tres quarts d'hora, drets després de tota una nit de treball. Em va colpir la seva entrega, es pot dir que hi posen el cos per tal que els pacients estiguin ben atesos.

Per altra banda, en pocs dies em vaig adonar ben bé del que vol dir que els discursos tenen efectes en la pràctica (J. Lacan, El Seminario 17. El reverso del psicoanàlisi 1992). Perquè, si bé cada un dels metges mostra interès sincer pel seu pacient i per l'excel·lència de la seva actuació en cada ocasió, el discurs mèdic que n'organitza la pràctica elimina sistemàticament qualsevol mostra del subjecte quan apareix.

En aquest capítol em dedicaré a revisar directament la qüestió de l'agressivitat tenint en compte els casos escoltats i els comentaris que els professionals n'han fet.

Voldria mostrar el que he descobert amb ells i la seva relació amb la tesi. Com he indicat en la Introducció, jo m'estava orientant per la teoria del passatge a l'acte exclusivament i és amb ells que he posat en el centre del treball la qüestió de la transferència.

En aquest capítol, en primer lloc explicaré els casos relatant-los de manera intencionadament breu. A continuació, una nota sobre la violència en el món contemporani i una breu reflexió sobre la manera com molts pacients es presenten i el marc moral de la raó en què són acollits.

Hi seguirà el plantejament de la necessitat d'obrir el camp de l'ètica per respondre a aquest fenomen de la violència. Introduiré aleshores la categoria d'*esdeveniment* per considerar l'acte agressiu en les consultes mèdiques des d'aquesta perspectiva i no com a *succés*, que és com es considera actualment.

Haurem de parlar tot seguit de quins elements tenim i com s'hauria d'organitzar la reflexió ètica. En aquest punt podrem parlar del temps lineal i accelerat de les consultes mèdiques, conscient, i del temps lògic, que roman inconscient.

Serà necessari distingir entre violència, agressivitat i agressió per poder pensar el que està passant. El passatge a l'acte agressiu és un concepte que emmarca l'agressió en una lògica per descobrir. Podrem, aleshores, tornar als casos plantejats³⁸ per valorar alguna qüestió en joc que potser no es percebia d'entrada.

El concepte de transferència ens mostrarà com la violència es canalitza en forma d'agressió al professional i ens ajudarà a orientar les respostes possibles.

³⁸ Veure el capítol «Violència, agressivitat i agressió» apartat *Relat dels casos*.

Un cop plantejat això, en les conclusions consideraré la resposta que s'hi podria donar. Seria una resposta reflexiva. Però serà cada metge, i també les institucions, els que hauran de dir si val la pena d'introduir la reflexió. Ha de ser una reflexió que pugui tenir una aplicació pràctica, però no es tractarà d'obtenir protocols d'intervenció. O potser sí, un protocol: la pràctica quotidiana de l'anàlisi de casos. Aquest protocol diria que cada vegada que hi hagi una agressió, l'equip s'ha de reunir en el termini màxim d'una setmana per discutir el cas amb un psicoanalista. També inclouria una entrevista amb l'agressor per permetre-li d'expressar d'una altra manera el que ha *mal dit*. D'aquesta manera, l'agressor obtindria l'oportunitat d'excusar-se, de donar explicacions o, fins i tot, de refer la relació amb el metge. Perquè com es veu en un dels casos, a alguns agressors, com a mínim, els sap greu haver estat agressius.

El concepte organitzador en aquest capítol del treball serà el de *transferència*. Més endavant, hi dedicaré un capítol sencer.

7.2. ONZE EXEMPLES NARRATS PELS PROFESSIONALS AGREDITS

En Joan, administratiu, està al taulell amb un munt de gent fent cua i tot d'una una dona que demanava pas agafa la pantalla de l'ordinador i la hi llença pel cap. En Joan tot just acabava de dir-li que esperés el seu torn.

El Dr. Eugeni està intentant convèncer una pacient jove que no cal fer més proves per diagnosticar el que li passa i tot i això es disposa a fer-li una placa més. Ella demana l'alta i l'informe mèdic amenaçadorament. Ell diu que no els hi donarà. El seu marit se suma a l'exigència cridant i amb un tarannà molt agressiu.

Al quirofanet un pacient s'espera per tal que li treguin uns balins que té a l'espatlla a causa d'un accident mentre netejava l'escopeta. El Dr. Francesc introdueix amb cura l'estilet per començar a netejar la ferida. El pacient comença a insultar-lo i amenaçar-lo violentament. Discuteixen. El pacient amenaça de denunciar-lo.

El Dr. Nicolau està al passadís conversant amb unes infermeres. Ja se'n va, però la planta està de gom a gom com sempre en aquesta època del any: com ho faran per encabir el pacient que acaba d'entrar? La dona d'un pacient terminal hi passa pel costat, l'empeny amb violència mal dissimulada i passa de llarg.

La Marina, auxiliar, està sola preparant la consulta perquè el metge pugui rebre el següent pacient, somriu i està distreta perquè acaba d'ocórrer un incident gracios en la darrera visita. Un home desconegut obre la porta i li crida i l'insulta amb violència.

L'Olga està acabant de treballar, ha estat un dia llarg, està distreta recollint papers, sol·licituds, informes... És treballadora social i està pensant que no sap si a la Sra. Quima li serà concedit el grau de discapacitat que mereixeria... S'obre la porta i, amb la ma dins de la jaqueta, un pacient que coneix de fa anys l'agafa per un braç violentament i l'amenaça de disparar-li; li diu que ella no ha aconseguit una gestió que ell li havia demanat i que aniran al banc perquè ella tregui els seus diners per indemnitzar-lo.

En Juli, treballador social, està atenent una dona que necessita una pensió, la conversa que té lloc entre ells té algunes particularitats i hi està atent. Tot d'una irromp un altre pacient, l'aixeca de la cadira i l'empeny contra la paret.

El Pere, infermer, està de guàrdia aquesta nit, la planta està com sempre, ara hi ha feina feina perquè han sonat dos timbres, en passar davant la 37 veu la porta oberta: la tanca. L'habitació 37 és d'aïllament i, per protecció de la resta de pacients, la porta ha de romandre tancada. Quan torna a passar, de nou està oberta, pregunta, el fill del pacient li diu que necessita tenir la porta oberta i ell li indica amablement que la porta ha de romandre tancada com ho mana el protocol. El fill no atén aquesta raó i es produeix un forcejament entre tots dos fins que en Pere rep un bon cop de porta.

El Dr. Adrià està al despatx amb un resident, comenten el darrer cas que han vist i s'obre la porta amb violència. Entra el pare d'una pacient seva que ahir va venir

d'urgències, l'arrenca de la cadira i li comença a clavar cops de puny i puntades de peu. A més l'insulta nombrant amb menyspreu la seva raça que no és la nostra.

La Dra. Úrsula està de guàrdia i ha anat a sopar ara que tots els pacients estan atesos i mentre es van duent a terme les proves que ha sol·licitat. Ve la infermera a avisar-la que una pacient ha començat a cridar molt alterada dient que no se l'atén i està demanant l'alta voluntària.

La Neus, auxiliar, està amb una pacient que ha arribat de la UCI i intenta consolar-la de l'angoixa que mostra. Li diu que ja no està a la UCI, que està a la planta, que no té motius per estar així. La pacient comença a cridar, a insultar-la, la fa fora de l'habitació amb els crits.

7.3. PRIMERA REFLEXIÓ

Els professionals que protagonitzen aquestes escenes estaven fent la seva feina i, pel que sembla, aliens al que els passaria. De vegades, l'incident violent té lloc en el context de la visita, però d'altres l'agressor apareix sobtadament. La violència amb què s'hi han adreçat aquests pacients els ha commogut a tots, ningú no hi queda indiferent.

Són situacions absurdes, sembla que no tenen relació amb el que ells feien, pensaven i desitjaven. Són contràries al que esperen que succeeixi, s'esforcen a fer bé la seva feina, de vegades en les pitjors condicions: no tenen temps, no hi ha espais adequats, les retallades han minvat el nombre de professionals en totes les àrees. I, tot i això, creuen que el que fan paga la pena.

I els peguen? Els amenacen? Desobeeixen les indicacions que són un bé per a ells i per als altres? Alguna cosa insospitada està passant.

7.4. LA VIOLÈNCIA CONTEMPORÀNIA: L'HOME CRISPAT

El que passa a les consultes no és aliè al que passa en el món. La gent està crispada en el món d'avui i per això arriben crispats a les consultes. Hi ha una tensió permanent, irritació, força exacerbació i malestar constants en la població en general. Quan la tensió es descarrega cap a l'exterior apareixen les agressions que avui estan a l'ordre del dia arreu. Igualment, quan la tensió roman en el propi cos obtenim fenòmens com la fibromiàlgia o els atacs d'angoixa. És un fet: predomina l'impuls per sobre de la reflexió. Predomina l'excitació per sobre de la calma.

En psicoanàlisi diem que el cos excedeix l'esser que parla (A. Teixidó, «El parlêtre, ese ser al que el cuerpo excede» a Papers num. 4 del X Congrés de l'AMP 2014).

No és aliè a la realitat del nostre món, el fet que els pacients es presentin amb més violència. Utilitzo deliberadament la paraula violència i no agressió. La violència, tal com entenc i explicaré més endavant, té més a veure amb la potència d'una força que amb la direcció que aquesta pugui prendre. Com hem vist, el *discurs capitalista* promou l'ascens de l'objecte i resta valor a la paraula (J. Lacan, El Seminario 17. El reverso del psicoanàlisis 1992) (Laurent, «Hablar con el propio síntoma, hablar con el propio cuerpo» 2012)³⁹. No m'estendré ara en aquest punt, però observem que els tractaments del malestar preferits avui són els que incideixen directament sobre el cos: ioga, gimnàs de diverses menes i teràpies manuals, fisioteràpia, tatuatges, *piercings*, fàrmacs, drogues. Igualment, el consum s'usa com a pal·liatiu del malestar, o bé directament com a remei. Tenir *més* és considerat necessari i, en aquest sentit, la manca és dolorosa. La paraula sol ser considerada accessòria i mai com a possible tractament del cos. Sense negar el valor que tenen els tractaments de maneig físic sobre el cos, es pot sostenir que la paraula pot ser un dels millors tractaments del cos.

El nostre món és violent i aquesta violència forma part de les nostres converses, estudis, articles o recerques perquè introdueix un element que fa inconsistent la

³⁹ Tractaré aquesta qüestió més àmpliament en el capítol «Paraula, silenci i acte».

creença en la civilització i la raó i que la interroga. Hi ha violència entre les persones i també una forma de violència contra un mateix: el suïcidi (Barros, Obediencia sin autoridad: el sadismo nuestro de cada día 2016, 98). Forma part del que es parla perquè amoïna. Estem preocupats i hi donem voltes en les converses privades i públiques.

La violència té a veure directament amb la consideració que es té avui de la paraula, del cos i dels objectes. El maneig de la paraula, ja ho he dit, és accessori. En el món i en la pràctica de la medicina.

Per tant, una quantitat notable de pacients arriben a les consultes amb un impuls interior puixant – alguna cosa del que anomenàvem *pulsió* – que manifesten de moltes maneres a falta d'un millor drenatge: crisis d'ansietat, atacs d'angoixa, crispació i agressivitat. De vegades aquestes formes acaben prenent la forma d'una agressió. L'agressió pot ser cap a un mateix o a una altra persona. Quan aquesta persona és un professional assistencial, es podria donar una resposta que incideixi en el primer impuls interior?

7.5. REFLEXIÓ SOBRE LA VIOLÈNCIA A LES CONSULTES

El que està passant a les consultes tampoc no és aliè al que hi té lloc. Ni tan sols perquè, si el professional no fa cas d'aquesta crispació, pot convertir-se fàcilment en el blanc de la resolució de la crisi.

A més, alguns dels professionals entrevistats m'han dit que potser varen cometre l'error de donar motius al pacient perquè descarregués l'angoixa que ja duïa prèviament. I és veritat. Un dels motius pels quals els pacients agradeixin els metges és el desplaçament d'una descàrrega que anava adreçada a un altre lloc. Aquest desplaçament té un nom: *transferència*. El pacient adreça al metge un afecte que no li anava destinat inicialment, però la presència i l'atenció del metge convoquen aquest moviment envers ell mateix.

És un concepte que pot ser molt útil per als metges si s'hi aprofundeix. La transferència és convocada pel *lloc* que s'ocupa i s'adreça a la *persona* que ocupa aquest lloc. Si es fa servir bé, és una palanca que permet una millor relació; però, si no, pot convocar el pitjor sobre qui la mobilitza. És un concepte fonamental perquè, com ja hem vist, una de les formes de reduir el patiment és enllaçar-lo a un altre en qui es confia. I aquest llaç pren formes diverses, bones i dolentes. La manera com es pot acollir el patiment és un altre aspecte relacionat i molt interessant per donar-hi voltes.

Són fenòmens que es poden obviar, però són inevitables i no es pot impedir que succeeixin.

Per tal de trobar la lògica possible en el que està passant en la relació metge/pacient avui, hem de començar per reconèixer que no hi trobem cap lògica, no hi trobem sentit. Els problemes de la relació assistencial, especialment la violència, no estan de cap manera previstos en el marc de la medicina actual.

Actualment les agressions s'estan tractant des de la lògica de la raó com quelcom immotivat però específicament adreçat al professional. Per aquest motiu es consideren forassenyades i immerescudes. Forassenyades, perquè no es pensa que responguin a la lògica de la raó. Immerescudes, perquè no guarden proporció amb les intencions del professional, que normalment té el desig d'ajudar al que pateix.

Aquesta consideració és la que fa que l'única resposta prevista sigui la preventiva de seguretat i la defensiva judicial. Són respostes adequades a una manera de valorar la situació. Pel que fa al meu plantejament, són respostes que es poden utilitzar en ocasions concretes però que es millor no utilitzar de manera sistemàtica.

Hi ha casos particulars en què la dissuasió i la llei són coadjuvants o, tal vegada, l'única resposta possible, però això no es pot estendre al conjunt de totes les agressions.

7.6. UNA RESPOSTA ÈTICA

La resposta que s'hi ha donat fins ara és una resposta des de la moral i la llei: no està bé agredir el professional. A partir d'aquesta única reflexió, s'implanten maneres de fer i

mecanismes que permetin continuar el normal funcionament dels centres de salut sense interrogar ni interrogar-se.

Proposo que, en primer lloc, cal donar estatut d'*esdeveniment* al fet violent que apareix contra els professionals, que ens hi hem d'aturar i que l'hem d'analitzar. És a dir, s'hi han de posar límits fermes però no es tracta d'apartar l'agressor i continuar fent com si res no hagués passat. Una agressió és, cada agressió és una ocasió que mereix que ens hi detinguem. Per refer-nos, per restablir el llaç si es pot i, sempre, per analitzar el cas i intentar saber què va passar exactament, quina lògica singular té el que s'ha esdevingut.

La medicina no és la d'antuvi, el metge ja no és aquella figura temuda i respectada. S'ha obert una esquerda que la llei i la moral no permeten de tancar tal com mostra el fet que, malgrat no ser estadísticament significativa en el conjunt dels actes assistencials, la violència preocupa molt i s'hi segueixen esmerçant esforços que no la disminueixen. Com ja he dit, l'any 2016 l'informe de l'OMC (Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial 2016) indicava que, en el 2015, les agressions varen créixer un 5%. És a dir, anem a pitjor.

Per abordar aquest capítol, crucial en el meu treball perquè n'és l'apartat on es veu l'aplicació del que tracto d'explicar en la meva tesi, cal tenir present que no només la manera d'abordar-ho serà diversa a la que s'està practicant en l'actualitat, sinó que demanaré al lector l'esforç de situar-se en un àmbit incòmode en què no hi ha respostes programades ni possibles de preveure.

Perquè si, com es fa ara, només es considera la significació estadística, l'esdeveniment perd rellevància i queda subsumit com a cas, anomalia o succés (J.-C. Mèlich 2014 , 66-67).

El *cas* seria un exemple del que es coneix, sense singularitat, quelcom a què s'ha de prestar atenció. Hi ha un coneixement universal del qual el cas és una mostra concreta.

L'*anomalia* seria una desviació respecte del que s'esperava. No té més importància, és una impuresa. No té rellevància perquè no és estadísticament significativa.

Un *succés* té més entitat, és alguna cosa greu però que no ens farà canviar la nostra vida perquè mantindrem els nostres principis, la nostra moral.

L'*esdeveniment*, en canvi, és allò que quan apareix ens interpel·la, interpel·la la nostra moral, la nostra manera de mirar el món. És alguna cosa que ens passa a nosaltres, a mi (Diano 2007). Apareix alguna cosa davant la qual no podem tancar els ulls. Té un caràcter que pot ser traumàtic, és a dir, irromp i desbarata l'existent sense que ens puguem remetre a una llei que ho expliqui. Ens divideix. Ens fa sentir que no dominem gens la situació ni tenim elements per pensar-la (J.-A. Miller, Los usos del lapsos 2004, 178). L'esdeveniment és únic i no es pot reproduir, per tant queda fora de l'àmbit del que es pot explicar científicament.

D'acord amb aquesta interpretació d'una manera de fer, voldria introduir la idea que per enfrontar-nos al fenomen agressiu a la consulta sanitària hem de fer aparèixer la dimensió traumàtica que introdueix en la pràctica assistencial. La violència és un *esdeveniment* en la vida de cada professional agredit i també en la medicina. Res no ha de ser igual després de l'aparició d'aquest fenomen.

Per tant, no donaré a l'acte agressiu contra el metge consideració de *cas* dins d'un món violent, d'allò que exemplificaria la violència ambiental. Ni la d'*anomalia*, d'allò que constituiria una desviació del comportament esperat. Tampoc la de *succés*, encara que surti als diaris, perquè el que ha passat obre una pregunta moral. Que s'hagi de ser ferm contra algú violent i es posin tots els mitjans per contenir la seva violència és potser necessari però mai no és suficient. El que està passant interroga i ens ha de fer interrogar al voltant de la funció del metge avui, de la consideració que se li té. Convé

reflexionar-hi. Perquè quan s'agredeix un metge s'ha esfondrat un límit que havia existit des del principi de la medicina. I si el metge se situa com a víctima, dimiteix de la resposta que podria restituir la dignitat del seu acte. Això ens situa en la perspectiva d'haver de revisar seriosament perquè avui els pacients agredeixen els metges i com convé respondre-hi.

El fet que ens remetem a l'esdeveniment suposarà, en cada cas, fer aparèixer la dimensió del que no és assimilable en l'esquema mental vigent, recollir el *real* que en conté cada un. Cada agressió, una per una. És a dir, cada pacient, un per un. Fins i tot cada metge, cada professional, un per un.

La dimensió de l'esdeveniment obliga a considerar la individualitat de cada passatge agressiu. L'agressió obre per a cada un dels agredits una ferida psíquica, podríem dir. Em sembla que això és fàcil d'entendre per a cada un dels professionals agredits i que conèixen la por que els ha acompanyat àdhuc fora del treball i àdhuc temps després. Això no és degut només a l'imprevist i al fet que sofrir una agressió sigui quelcom molt desagradable. És degut, principalment, al fet que no hi ha a disposició del professional les categories que li permeten explicar-se el que ha passat, de manera que el fet queda sense sentit. Especialment pel fet que una agressió apunta a allò més íntim de cada un atès que posa de relleu la pròpia vulnerabilitat.

La lectura que proposo del fet agressiu en la consulta mèdica té a veure amb l'ètica com a zona en què no tenim respostes normatives i on, per tant, hem de reflexionar, respondre i actuar sobre un fons d'incertesa que compromet el nostre acte (J. Mèlich 2010, 148-153).

7.7. EL LLOC DE LA REFLEXIÓ EN LA RESPOSTA A L'AGRESSIÓ

Quin lloc ocupa la reflexió en la resposta a una agressió que és immediata? En el moment del passatge a l'acte agressiu i de la seva resposta, no hi ha lloc per a la reflexió.

Però que no hi hagi lloc per a la reflexió no vol dir que no hi hagi res a poder pensar. El meu treball intenta obrir l'espai impossible de reflexió en el moment en què s'ha de respondre al passatge a l'acte agressiu. Aquest espai ha de ser necessàriament posterior. Posterior a cada un dels passatges a l'acte agressius.

7.7.1. Quin lloc es dona a l'agressor?

En la manera de fer actual es considera només el professional, i en l'estudi de casos es registra només qui és l'agressor, però no s'hi parla en cap moment. Igualment, es considera el relat dels fets des de la seva vessant fenomènica, és a dir, del que va passar sense entrar en altres consideracions. Em sembla que aquest fet per si sol ja mostra alguna cosa. Fins a tal punt es considera que l'agressió és aliena a l'acte assistencial que el pacient en queda esborrat. Quan, precisament, em sembla que es pot dir, en molts casos, que l'agressor intentava transmetre alguna cosa de la seva singularitat. És a dir, amb l'agressió ha aconseguit el contrari del que pretenia, i ho assenyalo perquè de vegades s'interpreta que l'agressor aconsegueix el que vol. No és així, no ho aconsegueix. Estava demanant un altre tipus d'atenció, però ho va demanar de la pitjor manera.

Insisteixo, no vull dir que allò que causa l'agressió sigui una mala pràctica de l'assistencial, en absolut. Però sí que hi ha un desconeixement del que s'hi juga, i aquesta ignorància contribueix a potenciar els elements violents de la relació.

7.7.2. Una lògica diversa

Podríem dir que entre el temps de veure i el temps de concloure amb una acció hem d'obrir el temps de comprendre. M'explico: en el seu text *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma* (J. Lacan 1997). Lacan va dissenyar un arc temporal que té més a veure amb la lògica psíquica de la comprensió i la decisió que amb el temps cronològic. Amb aquest text ens va mostrar que, més enllà del temps, hi ha processos psíquics i actes que tenen lloc i que configuren la veritable trama de l'efecte del pas del temps.

Per exemple, es diu que resoldre un dol és qüestió de temps. Però, en realitat, és qüestió del temps necessari per poder accomplir un procés psicològic de separació (Freud, *Duelo y melancolía* (1917e [1915]) 1984). De manera inversa, quan el temps es redueix al mínim, com en el passatge a l'acte agressiu, hi ha processos psíquics comprimits, podríem dir, i convé desenvolupar-los per tal de poder-los conèixer i decidir si eren els que volíem.

En aquesta lògica però, el saber que s'ha d'obtenir – allò que hi ha per saber – implica necessàriament els que eren allí i formen part del que va passar d'alguna manera. No és com en les matemàtiques on dos i dos seran quatre, vinguin dotze pacients o en vinguin quatre. És de l'ordre del que experimentem si venen quatre pacients però dels quatre n'hi ha un que treu de polleguera el metge. Tot el que hem de saber en relació al que passa en la consulta en la relació amb el pacient compromet d'alguna manera el professional, no ho podem separar del tot del fet que era ell i no un altre el que estava allí.

A l'hospital on treballava vaig tenir una pacient que quan entrava a l'habitació gairebé sempre em deia que es trobava millor, en canvi a la infermera li deia que no es trobava bé, invariablement. Ella era la mateixa pacient però els interlocutors érem diferents i aleshores ella variava. Per saber què passa podríem haver parlat amb ella, però potser aclariria alguna cosa parlar amb els professionals implicats, parlar-hi de com ens hi adreçàvem i al voltant del lloc que creiem ocupar per a ella.

Així, en aquest text, Lacan ens explica que, davant d'una decisió que ens concerneix, cal poder localitzar alguna cosa pròpia i en l'altre, i això només es pot fer si hi ha una lectura de l'entorn que ens inclou, si considerem la dependència dels altres (J.-A. Miller, *Los usos del lapso* 2004 , 220). Ell utilitzà el problema lògic dels tres presoners: tres presoners podran sortir de la presó si endevinen el color del disc que duen a l'esquena a partir d'observar el color dels seus dos companys, color que cada un d'ells també desconeix: cada un només pot veure el color que duen els altres dos.

El director de la presó els informa que els ha col·locat un disc a cada un entre cinc discs possibles, tres de blancs i dos de negres, i que només un d'ells podrà sortir, el que compregui quin és el disc que porta a l'esquena, sense que cap dels tres no pugui parlar ni puguin fer-se cap senyal entre si. A més, el presoner haurà de fonamentar la seva resposta i només quedarà lliure si demostra la bona lògica seguida. És un text molt interessant i per comprendre'l és molt útil el text de Miller *Los usos del lapsó*.

Continuant amb l'exemple de Lacan: explica que, passat un temps, finalment tots tres surten a la vegada. Passa que, havent vist cada presoner que els altres dos duïen un disc blanc i que ningú no sortia, la deducció lògica era que ell també en duïa un de blanc. Perquè si els altres fossin dos negres, el protagonista en duria un de blanc amb tota seguretat i podria sortir ell mateix en aquell moment. A partir d'aquí la qüestió és més complicada, ja que si un presoner veïés un disc blanc i un de negre i el presoner de blanc sortís, això voldria dir que ell era negre; però, si ningú no sortís, voldria dir que posteriors a aquest raonament, un primer per sortir conclouent que s'és blanc o negre i detenint-se perquè no se n'està segur; i un segon avançant, perquè si es fos negre els altres dos haurien sortit convençuts de no ser negres ells mateixos. Per tant, és la segona pausa la que convenç a cada un que és blanc i, en conseqüència, que pot sortir. I això s'esdevé alhora en la mesura en què la conseqüència lògica és immediata.

Pel que fa al treball, aquest punt serà suficient si permet de copsar que cada professional duu un disc de color a l'esquena i que aquest té efectes sobre els que estan esperant una resposta seva. Resposta, finalment, que, com en l'enigma dels presoners, està impedita per la paraula i convoca a l'acte. En paraules de Miller:

Aquesta anàlisi del temps lògic és sobre l'estructura de l'acció humana, perquè demostra, mitjançant el sofisma, que si els personatges del conte no actuen, mai no podran descobrir la veritat. Han d'actuar per saber la veritat, per poder descobrir-la; és a dir, han d'actuar, precipitar una conclusió sense tenir la conclusió lògica ja feta (J.-A. Miller, *La acción analítica* 2010).

Potser faciliti la comprensió pensar en la precipitació amb què s'ha d'actuar algunes vegades: si en aquesta presó, de cop i volta algú crida «foc!» molt possiblement tots

sortiran de la presó, ells i el director de la presó. Ens adonem que el temps de comprendre canvia de registre: ara es tracta de salvar la vida, i surten. Però sabem també que en els veritables casos d'incendi no tothom en surt, de vegades hi ha qui hi entra: per salvar algú que hi ha dins i que estima, per recuperar un document que li és molt valuós... Hi ha respostes diverses. En totes aquestes respostes també hi està comprimit el temps de comprendre. Algunes es comprenen immediatament, sense reflexió: si ells duen els dos discs negres, jo el duc blanc. Però segurament n'hi ha que no són tan clares, com ho seria impedir que algú surti quan hi ha foc pel fet que és presoner. L'apòleg dels presoners exemplifica aquest procés per extreure'n la seva lògica.

Voldríem que el temps fos endreçat i seguís els traçats de la raó; però sembla que en el moment del acte sempre hi ha alguna cosa que crida «foc!» i precipita la conclusió sense poder tenir un temps de reflexió. Però hi ha una lògica seguida que es podrà deduir posteriorment si es dona temps d'anàlisi.

En els casos que hem proposat, el temps de veure correspon al moment en què s'imposa el passatge a l'acte agressiu. El professional percep una agressió que ja té a sobre o que li és molt pròxima i aquesta percepció obre una dimensió no prevista en l'acte assistencial. El temps de concloure és el de la seva resposta a això imprevist que se li presenta. Actualment – reduint l'esdeveniment a la categoria d'anomalia o de succés – s'ha intentat estandarditzar aquesta resposta en la forma de l'avís als agents de seguretat per reduir l'agressor i en la denúncia posterior⁴⁰. La resposta estàndard elimina la possibilitat de reflexionar sobre el que ha passat en cada ocasió perquè suposa que ha passat sempre el mateix: que una persona violenta ha irromput en l'asèpsia mèdica convertint el professional en una víctima que s'ha de defensar.

S'elideix per tant el temps de reflexió, necessàriament posterior. La lògica que desitjaríem és que al temps de veure hi seguís el de reflexionar i després el d'actuar,

⁴⁰ Forma de judicialitzar la medicina per part dels professionals

com s'insinua d'entrada en el text de Lacan. Però en aquest cas, com en el text, trobem que el temps de l'acte és el primer, i serà a partir de l'acte que podrem deduir el color que portava cada un. El que fa el professional pot condicionar el que farà el pacient en aquell moment, i tot això sense que cap dels dos no hi reflexioni. Fins aquí la comparació.

- Temporalitat ideal de l'actuació:
Instant de veure – Temps de comprendre – Moment de concloure

- Temporalitat real de l'actuació:
Instant de veure – Moment de concloure

- Temporalitat ètica de l'actuació:
Obrir el temps de comprendre del temps de l'actuació, X
Instant de veure – X – Moment de concloure

L'actuació implica una lògica, sempre, encara que no sigui reflexionada prèviament. Per això hem de poder reflexionar després, veure quina lògica va intervenir-hi i poder pensar i decidir si és la que desitgem i convé al cas i al professional.

Proposo doncs que la resposta del professional la trobem en tots els casos abans de la denúncia. I és aquesta resposta la que podem analitzar. Igualment convé pensar en els motius que en cada ocasió han dut al passatge a l'acte, no només per saber alguna cosa més del pacient i del seu malestar i la possible responsabilitat, sinó per saber alguna cosa més del que el metge podria fer per aturar el passatge a l'acte després de l'instant de veure.

De vegades el professional pot fer alguna intervenció que provoqui un acte agressiu, però no és aquesta la qüestió que es planteja en la tesi. El plantejament té més a veure amb el fet que, si més no, el professional és responsable de la resposta que dona a l'acte

que li ve de l'altre. És responsable de la resposta com a mínim a partir del moment següent en què ja ha vist que es tractava d'una agressió.

Per això és imperiós revisar els casos i poder-hi reflexionar *a posteriori*. Quan ja ha acabat, poder reflexionar pot contribuir a esclarir les causes del que ha dut al pacient al passatge al acte i reconèixer les respostes que cada un ha donat.

També podríem dir que la reflexió es pot incloure abans, en la clínica quotidiana. Incloure-la abans potser voldrà dir que no hi haurà passatge a l'acte i que per tant no serà *abans*, sinó quotidianament. La reflexió quotidiana de la pràctica ajuda el clínic en l'acte que ha de realitzar. Hi ha molts moments en què la pràctica mèdica es produeix sobre un fons d'incertesa, moments en què el protocol no pot dir què s'ha de fer – a nivell de les intervencions sobre el cos, però també a nivell de la relació amb el pacient i la seva família –.

Aquesta reflexió no exclou que puguem prendre elements clínics rigorosos per comprendre la lògica de l'acte agressiu i que aquest plantejament pugui contribuir a l'elecció de la resposta que es dona. Però, en darrera instància, la resposta és ètica.

Obrir, doncs, el temps de comprendre, començant per acceptar que no comprenem el que ha passat, pot proporcionar noves eines. O encara més: introduir la reflexió quotidiana pot ajudar a afinar l'eina que és el professional. Al cap i a la fi, quan hi ha una agressió l'única resposta possible no ve de la medicina sinó del metge.

7.8. EL MARC SUBJECTIU EN QUÈ TÉ LLOC LA CONSULTA

En el seu text sobre l'agressivitat en psicoanàlisi (J. Lacan, *La agresividad en psicoanálisis* 1997), Lacan matisava que s'havia de considerar que l'agressivitat en la consulta sempre es produeix en un marc subjectiu. És pertinent considerar si l'experiència d'anar al metge és subjectiva com ho és la de consultar un psicoanalista. Qui va al metge, ho fa per raó de quelcom d'objectiu? Potser sí, si ens ho mirem des

d'una perspectiva científica d'un signe de malaltia que apareix. Però si considerem la perspectiva del que consulta haurem de considerar que hi ha un patiment en joc i que s'ha hagut de prendre la decisió d'anar al metge. És a dir, no cal només que aparegui un signe de malaltia, cal que això faci patir i encara cal que es decideixi consultar el metge. Com sabem, de la primera no se'n segueixen les altres necessàriament. Hi ha qui consulta sense cap signe de malaltia objectiu, per començar, però sí per patiment. Hi ha qui no consulta tot i que el signe sigui observable per qualsevol si això no el fa patir, o qui ho fa per altres motius. En qualsevol cas, que hi hagi un signe «objectiu» de malaltia no és mai motiu de consulta per si sol, hi ha sempre una significació en joc quan la consulta es produeix.

El patiment és divers en tots els malalts. I patir no implica necessàriament consultar el metge. Per exemple, hi ha gent que té por d'anar-hi i no hi va malgrat l'existència de motius objectius. Tal com ho faria el psicoanalista, el metge respondrà a aquestes manifestacions del pacient. I tant fer-ne cas com no fer-ne són respostes, sense distincions de grau. El pacient interpretarà com una resposta del metge tot el que aquest no faci o no faci.

Per tant, hi ha elements subjectius en una visita al metge. És per això que, per molt científic que sigui el metge, pot ser que el pacient l'interrogui sobre quelcom que compromet la seva subjectivitat. Per exemple, si el metge diu que s'ha d'operar, potser introdueix un element de por per al pacient. Però igualment si li diu que «no té res» potser l'alleuja, però potser introdueix un sentiment d'incomprensió per al pacient que està convençut de «tenir alguna cosa».

Si de les manifestacions del pacient no en podem fer una lectura científica però tampoc no es tracta que el metge en faci una lectura personal cada vegada, aleshores calen elements que contribueixin a fer-ne la lectura. Es pot utilitzar com element de lectura la repetició de la resposta o d'una mala interpretació del pacient. En psicoanàlisi proposem que, així com en ciència caldria la repetició en molts subjectes per considerar digne d'anàlisi una resposta, en psicoanàlisi es digna de consideració aquella que un

sol pacient repeteix moltes vegades davant nostre en distintes ocasions. Per exemple, quan un pacient sempre es troba malament per més que ens esmercem a procurar-li el bé i per més que sapiguem que el que hem fet era l'indicat. Es repeteix alguna cosa en la relació amb aquest pacient. M'hi estendré una mica més en l'apartat destinat al concepte de *transferència*.

Es tracta de poder copsar que, quan un pacient agradeix, ho fa en el marc personal d'una lectura subjectiva que ell fa de la lectura de la resposta que els metges i els professionals sanitaris han fet del seu patiment.

A continuació distingiré els conceptes de violència, agressivitat i agressió per tal de poder aprofundir en els relats de cas recollits a l'inici d'aquest capítol.

8. VIOLÈNCIA, AGRESSIVITAT I AGRESSIÓ

*No el dubte, la "certesa" és el que torna boig
Nietzsche, Ecce homo*

Lacan considerà, durant uns anys, que l'agressivitat era un concepte central de l'experiència analítica, i subratllà la diferència entre intenció agressiva i acte agressiu – que té un caràcter resolutori d'una tensió (J. Lacan, La agresividad en psicoanálisis 1997) (Muñoz 2009 , 68) –. Els seus conceptes ens ajudaran en aquest tram del treball. Avui es parla de *violència*, per tant també en parlarem.

La violència contra els professionals sanitaris ens duu en primer lloc a pensar de què parlem quan parlem de violència, d'agressivitat i d'agressió. Per tant, és important distingir aquests conceptes. El fet que la violència prengui la forma d'agressivitat i acabi passant a l'acte en l'agressió és indicatiu d'una transferència.

Es tractarà de pensar que a cada agressió es pot establir una lògica. Utilitzaré també el recull de casos d'agressions introduït a l'inici del capítol anterior perquè m'ajudaran a reflexionar sobre aquest fenomen i espero que contribueixin a aclarir el panorama. No ens remetrem a la història de cada professional ni a la de cada pacient implicats, cercarem aquesta lògica en el moment mateix de l'acte assistencial i ens remetrem a la relació de paraula que hi ha, o no hi ha, en cada cas.

8.1. VIOLÈNCIA

La violència té a veure amb la força que vehicula una determinada acció, agressiva o no. Per exemple, pot ser violenta una puntada de peu, però també són violents una passió amorosa o un huracà.

Hi ha autors, com Michela Marzano, que la relacionen directament amb el cos: hi ha un element de violència en el cos (Marzano, La violencia 2008). Freud en va dir *pulsió*

(Freud, Pulsiones y destinos de pulsión (1915c) 1984). Lacan parlà de *gaudi* (J.-A. Miller, Los seis paradigmas del goce 2000). Ja ho hem vist en la introducció. El concepte de *pulsió* va ser treballat per Freud especialment en el text «Pusiones y destinos de pulsión». És un terme mèdic que ell va convertir en un terme psicoanalític. Recordem breument que la *pulsió*, després de Freud, és el instint passat per la paraula i, per tant, desnaturalitzat. El fet del llenguatge modifica les necessitats humanes i les transforma en subjectes a un desig. De tal manera que, si l'instint guia l'animal, la *pulsió* empeny l'home. Es tracta de poder pensar que si l'instint no està programat – això seria la *pulsió*, un instint desprogramat – queda com una empenta en el cos però sense que hi hagi un destí prefixat que en doni satisfacció. Per poder ser satisfeta, aquesta *pulsió* s'haurà de lligar a un desig. És a dir, a la paraula de l'Altre.

El 1920, Freud es va adonar que la *pulsió* no sempre empeny a la vida com ho fa l'instint sinó que, paradoxalment, també empeny a la mort (Freud, Más allá del principio del placer (1920g) 1984). El fet de poder *elegir* el destí de la *pulsió* obre totes les possibilitats, també les pitjors. El concepte de *gaudi* és l'hereu lacanià de la *pulsió* freudiana. Remet a l'experiència de la vida i del cos, especialment quan vida i cos són difícils de reconèixer i esdevenen inquietants. Consisteix en el règim particular de la relació del subjecte amb el seu cos, això vol dir amb el plaer i el patiment conscients i inconscients. De vegades, el *gaudi* s'identifica com el mal en les seves diferents manifestacions en el cos que també poden tanmateix ser percebudes en la realitat exterior al cos i en els altres abans que en un mateix.

És aquesta *pulsió* el que l'home pot percebre violentament i entendre fins i tot com a malaltia. La violència percebuda en el cos és el que pot conduir a un pacient a consultar les urgències mèdiques. La violència ho és d'un atac de pedra, d'un còlic, però també és l'experiència de l'angoixa subjectiva que empeny al moviment.

De vegades, el mot *violència* s'usa com a sinònim d'*agressió* quan s'hi vol donar un caràcter immotivat. Aquesta idea és important, em sembla que podríem dir que, quan es parla de *violència* contra els assistencials, l'expressió s'està emparant en el caràcter

suposadament immotivat d'aquestes agressions. El meu treball intenta per desfer aquesta suposició. Sol haver-hi una motivació: conscient o no, legítima o no, patològica o no; però, de motivació, gairebé sempre n'hi ha. Una altra cosa és que aquesta motivació se situï dins o fora de la relació professional/pacient i, finalment, la qüestió que més m'interessa: saber si el professional assumeix com a propi de la seva feina, o no, el fet de donar una resposta que l'inclogui a ell mateix en l'esdeveniment, saber si està disposat a considerar en cada ocasió si val o no val la pena assumir aquesta decisió. El fenomen de la transferència ens duu a pensar que el metge queda concernit a cause de la naturalesa de la demanda que se li adreça.

La denúncia a la policia com resposta generalitzada no és una resposta d'aquest tipus, sinó que, contràriament, suposa la desresponsabilització del professional (Briole, *Le pharmakos au XXIe siècle* 2015). Guy Briole parla de *denegació* en el sentit que en l'operació de denunciar hi ha la negació del propi inconscient, és a dir, s'impedeix la posada en marxa de tot allò que el professional podria saber de la relació amb el malalt i amb la seva pròpia pulsó, allò que l'empeny a ell mateix.

Per altra banda, tal com ho menciona també aquest autor i com trobem en un testimoni que recollim en aquesta tesi, la denúncia no serveix d'aturador per al sentiment de dolor que – contràriament al que s'esperava – creix en el denunciant⁴¹.

8.2. AGRESSIVITAT

L'agressivitat és una tendència i no implica necessàriament l'acció física d'agredir. Mostrar una intenció agressiva té efectes, per això es pot considerar agressiu un *pare sever que intimida amb la seva sola presència* (J. Lacan, *La agresividad en psicoanálisis* 1997, 97). Lacan assenyalà com la idea d'agressivitat pot incloure tant la intenció franca d'agredir com intencions aparentment afectuoses. És interessant perquè solem pensar l'agressivitat en termes de males cares, però podríem concebre, per exemple, que una

⁴¹ Cas *Marina* a la pàgina 230.

infermera afectuosa i somrient en el moment de clavar una injecció pot arribar a ser – sense adonar-se'n – molt agressiva; o que un metge que amablement expliqui al seu pacient totes les conseqüències desfavorables que pot tenir la intervenció que ha de realitzar pot resultar – sense adonar-se'n – extremadament agressiu.

L'agressivitat pot tenir una funció formadora, això és palès en el cas de les persones dependents que, solament per la imatge d'una intenció agressiva, modificaran la seva conducta. En aquest punt, Lacan parlà dels nens que depenen dels pares, però podríem pensar si determinades actituds dels professionals sanitaris, que poden no ser conscients, poden influir els malalts que, en situació de vulnerabilitat, en depenen i funcionar com intencions agressives. .

L'agressivitat no és quelcom que haguem de rebutjar de ple: pot tenir aspectes que convé utilitzar. De vegades, la mostra d'agressivitat pot constituir un límit per si mateixa, de la mateixa manera com la sola presència de la policia o de qualsevol representant de la llei pot aturar un acte de revolta sense que s'arribi a realitzar cap actuació policial. De la mateixa manera, podríem considerar que dosis calculades d'agressivitat poden ser útils en l'acte assistencial en determinats moments?

Seguint el que deia Lacan d'un pare, podríem pensar si en determinats moments mantenir una mirada seriosa, que el pacient pot viure com la imposició de certa violència, pot contribuir a apaivagar un malestar o a donar-li una millor forma. Encara avui, per alguns, la figura del metge té un paper semblant.

Lacan va estudiar l'agressivitat que envolta la relació psicoanalítica i el que en va dir ens pot ser útil en aquest moment. En aquest sentit, i això és essencial, considerà que l'agressivitat forma part de la naturalesa humana per la manera com el *jo* es constitueix. Tot seguit presentaré les qüestions que em semblen més rellevants pel que fa al que ens ocupa. No ho tractà com una qüestió moral sinó que hi buscà una raó fonamentada en la clínica i que centrà en la constitució psíquica del *jo*. Seguint els seus

textos, Pablo D. Muñoz indica que l'agressivitat «és inherent a les relacions interhumanes en tant tot altre és essencialment frustrant» (Muñoz 2009 , 70).

Veurem que l'home és constitucionalment agressiu per raó de la formació alienada del seu *jo*.

8.2.1. La formació del *jo*

La tesi de Lacan en aquest punt diu: l'agressivitat és la tendència correlativa d'un mode d'identificació que anomenem narcisista i que determina l'estructura formal del *jo* de l'home i del registre d'entitats característic del seu món. D'entrada no hi ha idea de *jo* en l'experiència inicial de la vida del subjecte sinó més aviat un embull de pulsions que són, o no, satisfetes.

El que explica Lacan és que inicialment el nen es viu com indiferenciat, és a dir, no hi ha experiència de ser quelcom individual separat dels objectes – el pit de la mare li pertany, podríem dir – i hi ha una descoordinació del moviment del nadó.

El *jo*, inicialment, s'unifica per la imatge de si percebuda en el mirall i per les paraules que es destinen a la cura del cos del nadó i la cura del mateix cos. Es tracta d'un *jo* investit narcisísticament, és a dir, que es considera únic objecte d'interès propi i aliè i que es troba autosuficient⁴². L'home es reconeix igual als altres en reconèixer-se al mirall, acompanyat de la mirada d'un Altre. L'estadi del mirall constitueix una identificació: ve a dir-li «aquest que veus ets tu».

La captació especular del consemblant li procura una millor coordinació motora ja des del inici de la vida i ell hi mostra interès de seguida. Aquesta operació psíquica té un moment àlgid: quan la imatge percebuda és la pròpia en el mirall, al voltant dels vuit mesos d'edat. El nen reconeix com a pròpia aquesta imatge i això li causa no només

⁴² Per treballar a fons aquestes qüestions es poden consultar els textos de Freud Sigmund Freud «Pulsiones y destinos de pulsión» i «Introducción al narcisismo»

gran alegria sinó la capacitat d'una millor integració psíquica d'un *jo* que es diferencia dels altres i del món. Igualment, suposarà una millora de la motricitat perquè la imatge unificada anticipa la coordinació de l'aparell motor i l'estimula.

En un altre text posterior, on desenvolupa aquesta idea del mirall (J. Lacan, *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* 1997), Lacan explicà la manera com una identificació en el sentit analític suposa la transformació del subjecte que assumeix una imatge com a pròpia (1997, 87). És a dir, que es tracta d'una operació psíquica provocada pel sorgiment de la pròpia imatge així com la del proïsme. Això captura, atreu, libido, la concentra en el propi cos. El nadó humà, un dels animals més insuficients en néixer, rep de la seva imatge una unificació del cos i una primera simbolització de «la permanència mental del jo» que, al mateix temps, per venir de fora, és alienant.

És a dir, que el *jo* s'organitza fora del cos, queda fixat en una imatge que aliena. Per aquest motiu s'organitzarà el propi desig com desig de l'altre: es vol el que té l'altre, es tem el que tem l'altre i també la imatge de si ve de l'altre. Per motiu d'aquesta forma de constitució, el *jo* mai no podrà ser reduït a la identitat viscuda, hi haurà discordances percebudes.

En un segon moment, en fer-se palès que l'individu no és autosuficient, la libido es retira parcialment del *jo* i es disposa en el món⁴³. En les psicosis aquesta separació no s'acaba de produir i resta molta part de la libido en el propi cos. Per això serveixen de model per pensar la construcció de la personalitat – molt més endavant, Lacan sostingué inclús que l'estructura de la personalitat és fonamentalment paranoica per a tothom (J. Lacan, *El seminario 23. El sinthome*. 2006, 53) –.

Hi ha manifestacions d'agressivitat que ho són de la manca d'unicitat de l'experiència corporal – moments en què la unitat imaginària fracassa –. El subjecte pot tractar de

⁴³ Veure el complex d'Èdip en el capítol «L'abandó del paternalisme».

diverses maneres aquesta manca: per la representació que en pot fer, per la intervenció d'un altre, per intervencions directes sobre el cos.

Podem pensar en la funció psíquica que els *piercings* i tatuatges tenen per a moltes persones perquè concentren i alleugen un malestar molt difícil de situar. Per exemple, no és estrany trobar que per a la conclusió d'un dol o al seu inici, actualment moltes persones es tatuïn el nom del difunt en algun lloc del cos. No és una operació banal, té molta importància perquè – en alguns casos en què això no es podria superar només mitjançant el símbol – permet d'inscriure alguna cosa del que s'ha perdut. De vegades, un subjecte pot provocar l'agressivitat de l'altre per trobar un límit.

En constituir-se com a altre, el subjecte inaugura al mateix temps la «gelosia primordial» de l'ésser humà, en la qual qualsevol afirmació de l'altre suposa una amenaça a la integritat de la pròpia imatge. Això converteix la relació amb l'altre en fonamentalment agressiva fins i tot quan es tracta de les millors intencions que aquest altre pugui mostrar. Escrivim aquest altre amb minúscula perquè és el de la imatge especular. Així el diferenciem de l'Altre del llenguatge.

Podríem dir, doncs, que el que el subjecte és no es produeix per una operació natural i escrita prèviament sinó que ocorre a mesura que va trobant identifications que li abelliran per diversos motius i que vindran de diversos llocs, principalment pares, mestres, metges, és a dir, de l'Altre, però també, i de manera molt important a l'inici, dels seus semblants, és a dir, de l'altre. Del mirall i dels altres nens pren identifications que l'ajuden, precisament, a identificar tot de sensacions, les pulsions, a què no sap donar motiu ni destí. I aquesta operació es produeix de tal manera que, inicialment, el nen pot confondre les seves impressions amb les dels altres. És el que es diu *transitivisme*: el nen plora quan cau un altre nen a terra. Pega però plora perquè així ho fa el nen a qui ell ha pegat: tots els papers de l'escena es confonen.

En aquest punt em sembla especialment rellevant d'observar la indicació de Lacan que les identifications comprometen les transformacions libidinals. Tal com havíem dit que la imatge del mirall provoca una operació psíquica, les identifications simbòliques que el subjecte assumeix el transformen. Per exemple, a l'escola, un subjecte es pot identificar amb el fet de ser un bon estudiant o de ser un trapella o de ser obedient i això condiciona l'esdevenidor. No es tracta d'una simple etiqueta que s'enganxi sobre l'ésser del subjecte, es tracta d'una etiqueta que s'escriu sobre l'ésser del subjecte, que el transforma, el dibuixa, en alguna mesura. Transforma el seu gaudi, podríem dir. Un nen que plora i al qual es diu *au, valent!* potser deixarà de plorar. No obstant això, l'efecte d'una identificació requereix un consentiment de qui la rep: un altre nen podria dir: no sóc valent (o: que plori no vol dir que no sigui valent) i seguir plorant.

No es pot predir l'efecte concret de les imatges, ni de les paraules, en cada subjecte. Les marques en la vida d'un subjecte – en el seu cos, en la seva parla – són imprevisibles.

8.2.2. El *jo* com estructura de desconeixement

Interessa especialment poder establir el vincle entre la relació narcisista i les estructures de desconeixement i objectivació que caracteritzen la formació del *jo*, d'una banda, i l'agressivitat, de l'altra.. A aquesta formació del *jo* hi correspon una satisfacció per la integració orgànica que procura. En la constitució del *jo*, el subjecte pren només aquelles identifications amables i diposita en els altres les que no ho són tant, per exemple les tendències agressives. Igualment, el *jo* modela el món a la seva imatge i considera voluntat racional tot allò que s'avé amb les pròpies consideracions. Per això es pot dir que el *jo* és una funció de desconeixement.

Per altra banda i al mateix temps, considerem que en començar la identificació del *jo* per fora de si mateix, en el mirall, tant lluny del cos com el proïsme, resta sempre un sentiment d'alienació.

Tornem ara a la tesi de Lacan segons la qual *l'agressivitat és correlativa al mode d'identificació narcisista que constitueix el «jo»*. Podem entendre ara que la identificació narcisista recull aquells aspectes del *jo* amables al seu ideal i rebutja, dipositant-los en l'altre, els que no li són estimables. Si, tot d'una, l'altre apareix com amable i el subjecte està situat en l'eix especular amb ell, li retorna el *no amable* sobre el *jo* a causa de l'alienació fonamental que suposa la identificació narcisista. El rebuig d'aquest retorn atrapa tota la libido – en aquest cas podem llegir libido com energia psíquica – que la identificació conté i la projecta com agressivitat contra l'altre.

8.2.3. Per què l'agressivitat no s'estén a tota actuació humana?

Ara bé, per què no es juga l'agressivitat en totes les formes de relació humana? Perquè la identificació com alienació a la imatge del proïsme no és l'única identificació que es produeix: hi ha una segona identificació fonamental, que és l'edípica. El subjecte s'identifica amb un dels seus pares pel que fa a la identificació sexual. En aquest punt, es resigna una quantitat d'energia psíquica perquè hi ha una renúncia, precisament una renúncia de l'agressivitat contra el progenitor del mateix sexe, viscut com a rival, en favor del seu amor.

És a dir: en una primera identificació, obtinguda de la imatge en el mirall, es genera un excés d'energia psíquica que es lligarà a la imatge de si amb un residu que circularà entre el *jo* i el *no jo*; en la segona identificació, obtinguda d'una operació de renúncia personal, se sostreu una quantitat d'energia psíquica – per renúncia de l'agressivitat – que es destinarà al món (per mitjà del treball, de la cultura...).

En resum, veiem que les identifications mai no són del tot reeixides i podríem concloure que el mal tancament que suposen les identifications humanes deslocalitza l'energia libidinosa, tot deixant-ne una resta que fàcilment es transforma en agressivitat quan el fràgil *jo* es troba amenaçat.

La possibilitat que aquesta agressivitat no es manifesti permanentment depèn en gran part del bon servei de la identificació edípica en sol·licitar del subjecte la renúncia d'una part important de l'agressivitat.

Però, a més, cap al final dels seus anys d'ensenyament, Lacan va anar mostrant que l'experiència que és la psicoanàlisi mostra que la paraula pot deixar rastres en el cos, marques que el retallen talment com les operacions físiques – *piercings*, tatuatges, fàrmacs... – que esmentava abans⁴⁴. De fet, si tals operacions físiques funcionaven era perquè una part d'elles s'inscriu com simbòlica. Igualment, hi ha una part de la paraula que s'inscriu com *real*, sobre la carn.

8.2.4. L'objecte *a*

Per arribar a aquests desenvolupaments, tardans en la seva obra, Lacan va passar per conceptualitzar l'objecte *a*. N'he parlat en el capítol del paternalisme. He dit que l'objecte *a* assenyala aquell lloc de l'experiència corporal que no pot ser designat per cap paraula de l'Altre. Per tant, si bé és allò que no s'identifica, que es fa difícil d'identificar, al mateix temps, i pel fet que és el que queda per fora del llenguatge, és el que atorga identitat al subjecte. Així el subjecte queda dividit entre les seves identifications – el que li ve del llenguatge – i la seva identitat – el que li ve del cos, de les marques - (J. Lacan, El Seminario 10. La angustia 2006) (J. Lacan, El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1999) (J.-A. Miller, Los signos del goce 1998).

Si la imatge al mirall enfronta el subjecte amb l'altre, el semblant, la paraula ve del lloc de l'Altre – que s'escriu en majúscula quan és l'Altre de la paraula –. Al *Seminario de los Nombres del Padre*, Lacan parlà de l'*a* de l'Altre com aquell testimoni que el lloc de l'Altre no és només el de la unificació imaginària (J. Lacan, Introducción a los nombres del padre 2005, 83), volent assenyalar que també en provenen altres tipus d'unificació. És a dir, si la mirada unifica per la imatge; la paraula unifica simbòlicament.

⁴⁴ Els testimonis actuals del *passe* també ho mostren. Per exemple, són especialment interessants els de Patrick Monribot i el d'Araceli Fuentes referenciats a la bibliografia.

L'experiència personal de tenir un cos i ser un individu prové no només del mirall sinó també de la paraula: la paraula rebuda i la que mai no s'ha dit. La paraula que manca és la que el subjecte troba que designaria millor el seu gaudi, allò que explicaria qui és. Per tant, la diferència entre el que l'Altre diu i el que el subjecte experimenta és *a*, i s'identifica amb quelcom que l'Altre té perquè és quelcom que l'Altre no dona. Reconèixer que l'Altre no pot donar no és fàcil, suposa reconèixer la impossibilitat.

L'amor i l'odi tenen a veure amb aquesta experiència. L'amor té a veure amb l'experiència de trobar en l'altre allò que fa sentir al subjecte que no li falta res. L'odi té a veure amb l'experiència de rebre de l'altre la certesa d'una mancança intolerable en el propi subjecte.

Igualment, és a través de l'Altre, per la paraula, que podem reconèixer alguna cosa del que la pulsio clama des del més íntim de cada u. Les baixes passions difícilment són reconegudes pel propi subjecte. Són actuades i fàcilment identificables en el món amb una existència independent del subjecte i alienes a ell.

La paraula identifica però també promou un residu que introdueix la distinció entre les coses de la vida i les del món, i entre les persones. Introdueix una diferència que contribueix a donar sentiment d'identitat de si. Aquesta diferència pacífica redueix la tensió imaginària. Quan no hi ha distinció o – el que és gairebé el mateix – quan la distinció no acull la diferència essencial que pacificaria, apareix la tensió imaginària que ràpidament pot desembocar en una tensió agressiva. Podríem traduir així el que diu Girard:

Tant en la religió primitiva com en la tragèdia intervé un mateix principi, sempre implícit però fonamental. L'ordre, la pau i la fecunditat reposen en unes diferències culturals. No són les diferències sinó la seva pèrdua el que provoca la insana rivalitat, la lluita a mort entre els homes d'una mateixa família o d'una mateixa societat (Girard 2012, 57).

D'aquí podríem deduir que en l'agressivitat hi ha dues vessants que podem distingir:

1. La de la confrontació imaginària, en la qual el problema és la manca de distinció entre el subjecte i l'altre.
2. La d'agressivitat – quan la diferència és reconeguda i s'espera de l'Altre la restitució de l'objecte perdut o alguna cosa semblant – com a reducció del malestar per la via de la substitució. Quan hi ha en joc l'objecte *a*, es pot tractar el malestar per substitució: una paraula o una cosa substituïran el malestar.
Per tal que la substitució sigui operativa, s'ha de produir sobre el fons de la pèrdua. És a dir, ha de provenir d'un Altre que no té totes les respostes, un Altre sintònic a la falta de paraula que designaria l'objecte *a*.

En podem deduir algunes indicacions clíniques:

Dir algunes paraules que denotin el reconeixement del patiment o donar un fàrmac poden operar per substitució. Ara bé, si l'Altre té un paper en el tractament del malestar, aleshores no convé deixar sol el subjecte que pateix. Aleshores, la substitució pot fer-se per la paraula del mateix subjecte, animant-lo a parlar. D'aquesta manera se l'ajudarà a donar una millor sortida al malestar que mostrava amb l'agressivitat. Es tracta de treballar-ho quan apareix l'agressivitat – que encara no ha arribat a transformar-se en agressió – per no deixar que prosperi.

Si al capítol de l'abandó del paternalisme hem vist que cedir alguna cosa del cos serveix com operació simbòlica de reducció del malestar en el cos, aleshores n'hem d'extreure la lògica: cedir alguna cosa pròpia redueix el malestar. Indicació clínica: si el pacient accepta parlar, estarà cedint el gaudi tancat en l'agressivitat.

Si el metge està posicionat com un igual, com un semblant, en el moment en què sorgeixi l'agressivitat estarà desproveït d'eines per abordar-ho professionalment perquè la seva paraula no tindrà valor. Si, al contrari, està situat com un Altre, la paraula podrà operar en substitució de l'agressivitat.

Si el metge accepta que pot no tenir la darrera paraula sobre el que li passa al pacient quan pateix, està fent una cessió fonamental que pot ajudar el propi pacient a cedir i parlar.

8.3. AGRESSIÓ

L'agressió és l'acció d'agredir. Hi ha un salt qualitatiu entre l'agressivitat – o la violència – i l'agressió, que implica l'actualització de la intenció agressiva o de l'empenta violenta. Es transforma en un acte allò que inicialment era una intenció o potència.

De vegades no hi ha intenció: hi ha actes que apareixen de sobte, una puixança es materialitza sense una reflexió prèvia. Que no hi hagi intenció no significa que no hi hagi causa ni que no se segueixi una lògica.

L'agressió pot ser contra un altre o contra si mateix. Voldria aclarir que, al contrari del que diu el prejudici estès, la majoria de passatges a l'acte agressius dels psicòtics, per exemple, són contra si mateixos, i poden acabar en la seva mort (Asociación Española de Neuropsiquiatria-Profesionales de Salud Mental 2015) (Khalifeh 2015) (Colina 2013) (Observatori de Salut Mental i Mitjans 2016). És a dir, que els pacients violents, molt sovint, no són els psicòtics.

Lacan, en el seu *Seminario 1*, considerà que només quan l'agressivitat arriba a un límit es resol en agressió (Muñoz 2009 , 70). L'agressió és el senyal d'un límit en la relació. Si ho pensem en relació amb el tractament actual de l'agressió, veiem que aquesta constitueix un límit que inicia una separació. Si aquesta separació acaba en denúncia, es perd la possibilitat d'elaborar-la. El límit introduït marca el punt d'arribada respecte de la relació que hi havia. És a dir, s'havia arribat a un punt extrem que no s'ha resolt i que desemboca en una separació. Hem de considerar que qui agredeix vol separar-se d'alguna cosa a la qual no troba límit.

Pel que fa a l'assistencial, sol suposar-ne la immediata sortida d'escena. És a dir, el professional agredit sol desaparèixer de l'escena en què estava amb el pacient – per tal de separar-se de l'acció que s'ha iniciat contra ell i que no veu com controlar – i normalment implica la finalització de la relació.

Què suposa per la banda del pacient? Què intenta aturar amb l'agressió?

Per pensar en aquest punt distingiré dos tipus diferents d'agressió. Aquests conceptes ens han de permetre passar des de l'àmbit moral al de la clínica en la consideració de l'agressió als professionals sanitaris, per poder passar posteriorment a una reflexió ètica. És a dir, si fins ara s'ha considerat l'agressor com algú que es condueix malament en relació amb les normes morals i per fora de la situació clínica, el meu treball pretén situar la seva actuació en el marc de la relació clínica. És des d'allí que ens podem plantejar quin és problema de què l'agressió és índex i com tractar-lo. És des d'aquesta nova perspectiva que podem considerar l'ètica de la resposta del professional. És a dir, poder pensar noves respostes al problema del gaudi que el pacient planteja amb la seva actuació no reflexionada perquè no ha estat parlada.

D'acord amb les explicacions que hem desenvolupat pel que fa a l'agressivitat, podem considerar les agressions en dos grans apartats segons que considerem una posició d'especularitat o una posició d'alteritat. L'interlocutor és un proïsme o és un Altre que conté una diferència essencial?

En tots els casos, em sembla que l'agressió implica una reacció irreflexiva contra quelcom que el pacient ha percebut com un rebuig de l'experiència subjectiva del patiment. La mesura en què aquesta experiència és denegada – pot ser-ho pel mateix pacient⁴⁵ –, i per tant no és susceptible de ser passada a la paraula, és la mesura en què el cos es fa present com una molèstia en la relació. Quan el rebuig fa que l'experiència esdevingui insuportable, el passatge a l'acte agressiu pot ser llegit com un intent de fer passar massivament una demanda.

⁴⁵ Per exemple en el cas de les psicosis, de vegades el subjecte pot percebre la relació amb un altre com amenaçant i per tant, de rebuig del subjecte.

8.4. TIPUS D'AGRESSIÓ

Segons la implicació del cos del malalt podem parlar d'agressió verbal o física:

8.4.1. Agressió verbal

La manifestació irada serà una expressió amb paraules. Pot ser un insult o una amenaça. Hi ha contenció del gest físic o gesticulació però no hi ha un passatge a l'acte. Es pot produir per una manca d'interlocució en el patiment que el pacient – i de vegades el professional – poden viure com un rebuig.

Els casos del Francesc, l'Eugeni, l'Úrsula i la Neus són exemple d'aquest tipus d'agressió que queda en el nivell verbal.

8.4.2. Agressió física

Es posa en joc el cos del malalt o del seu familiar i s'envaeix l'espai físic del metge. Suposa una operació psíquica diferent perquè compromet l'actuació. S'anomena «passatge a l'acte» perquè es tracta de la posada en escena del que es viu sense capacitat de reflexionar-hi.

Segons el tipus de relació que s'estableix entre agressor i agredit parlarem de resolució de la tensió especular o de passatge a l'acte.

8.4.2.1. Resolució de la tensió especular

Es tracta d'una actuació agressiva contra algú que està en posició especular respecte a l'agressor. És una descàrrega de tensió en la qual no hi ha una elaboració simbòlica.

Com he anat dient, els humans, els éssers que parlem, per raó de la nostra constitució quedem alienats a la imatge d'un altre. La nostra imatge en el mirall no correspon punt per punt a la nostra experiència corporal sinó que, pel contrari, el mirall proveeix una

informació que el subjecte no experimenta d'entrada. No cal recórrer més que a l'experiència banal de trobar-se més bona o mala cara per fer-se una idea del que estic dient, però la fenomenologia davant del mirall té el seu interès, ja que podem trobar des de la impossibilitat de trobar-hi la imatge fins als fenòmens de no reconeixement d'aquesta com a pròpia.

Per tant, d'alguna manera la imatge que dona el mirall sotmet l'individu a una experiència de divisió – tot i que el pugui mostrar unificat –: és ell, el que s'experimenta; i és un altre, el que veu. Per exemple, la imatge no té mal de queixal pot fins i tot ser que la imatge no mostri el dolor o, contràriament, que la imatge mostri signes de malestar el dia que un es trobi la mar de bé.

Quan es tracta de la pròpia imatge hi ha fenòmens variats, com veiem; però, per què diem que la relació amb el proïsme pot ser especular? La relació és especular, o se situa en l'eix que anomenem imaginari, quan la resposta que està donant algú s'ajusta al patró del mirall: el que veig és un altre que pot ser la meva imatge especular, que em retorna la meva imatge.

Així podem entendre alguns dels casos que he escoltat. Podem resumir resumir-ho com l'existència d'un sentiment de disjuntiva que diria: *o l'altre o jo*.

8.4.2.2. Passatge a l'acte agressiu

Es tracta del passatge a l'acte contra algú que ocupa el lloc de l'Altre per l'agressor. Suposa una elaboració que es pot comprendre retroactivament. Té la funció d'aturar el malestar que sembla procedir de l'Altre.

És amb el pacient psicòtic que es concep el terme de *passatge a l'acte*. Va ser introduït en psiquiatria a partir de les accions agressives dels pacients psicòtics als anys 1930⁴⁶. Abans es considerava purament un impuls involuntari i de vegades encara se'n parla

⁴⁶ En tot el tema del passatge a l'acte he seguit l'obra ja citada de Muñoz, *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatria al psicoanàlisis*.

en aquests termes en medicina, com una impulsió forassenyada, una simple descàrrega de tensió.

En primer lloc, Lacan destacà el caràcter resolutiu del passatge a l'acte. El deliri paranoic obsessiona el malalt i la manera de reduir la tensió que crea sol ser l'actuació (Muñoz 2009 , 25). És a dir que, d'entrada, la descàrrega agressiva té més a veure amb el malestar del pacient que amb l'actitud del professional. Però, el passatge a l'acte del boig és un impuls forassenyat? Lacan, seguint altres autors, mostrà que es pot trobar la lògica de l'acte agressiu en la història i el deliri, retroactivament.

a) Passatge al acte en la psicosi

En la psicosi no s'ha produït la separació entre el gaudi i el subjecte, de tal manera que l'Altre queda per sempre o absolutament separat o absolutament enganxat al subjecte. El subjecte es concep o com expulsat del món de l'Altre o com objecte del gaudi de l'Altre.

Hi ha dues classes de psicosi, en una – l'esquizofrènia – la manca de límits simbòlics entre el jo i l'Altre, la manca del contrapès que fa la relació amb l'Altre, impedeix la localització del mal i aquest pot aparèixer en l'exterior de manera fragmentada o en el cos d'una manera massiva. El psicòtic pateix invasions de gaudi terribles, el que dèiem d'una puixança violenta en el cos – la pulsio o el gaudi – en el cas de l'esquizofrènic pot arribar a ser viscut amb una força insuportable. Inexplicable, fora de sentit i insuportable. Per això es produeixen les al·lucinacions i per això els psicòtics construeixen interpretacions delirants de la realitat. En el cas de l'esquizofrènic, el deliri sol ser estrany, es distingeix per la seva irrealitat.

Aquest malestar tant important és el que provoca les autolesions, perquè concentren i acoten el dolor. Igualment, fumar ajuda a sentir el cos integrat i el sobrepès també els ajuda a unificar el cos.

En l'altre classe de psicosi – la paranoia –, un límit simbòlic massa definit, una separació excessiva entre el subjecte i l'Altre – la creença paranoica que «jo sóc jo» portada al extrem, que construeix una identitat que no passa per l'Altre (Moraga 2014) – fa que el mal es localitzi massivament en l'Altre i aleshores l'agressió li anirà adreçada. El deliri del paranoic és normal, podria no distingir-se d'un relat creïble.

És en el cas de la psicosi paranoica, la segona que dèiem, que Lacan parlà de passatge a l'acte pròpiament dit. Ho tractà en la seva tesi doctoral (J. Lacan, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* 1984) sobre un cas de passatge a l'acte agressiu. Aquest correspondria a la resolució de la tensió agressiva i no exactament a la seva descàrrega en brut: es tracta d'una elaboració. La diferència consisteix a veure que el que fa el passatge a l'acte és aturar el deliri, permetre una transformació en el sistema delirant. És el que recollí en el *cas Aimée*: Aimée, agressora d'una famosa actriu de l'època, sentint l'impuls de donar mort al seu fill, començà a atribuir als altres aquest desig i, per tant, a defensar-se d'aquests altres que suposava que li volien fer mal. Al mateix temps, va desenvolupar un sentiment ambivalent vers la germana que la cuidava i es feia càrrec del fill. Lacan deia que la germana seria la principal figura persecutòria pel fet que encarnava el seu ideal. Però, al mateix temps, el fet que fos la germana era un obstacle en la seva consciència moral i la substituïa per altres figures ideals. Finalment, quan el seu impuls del matar el fill esdevingué massa puixant, desvià l'impuls des de la figura perseguidora a una de les seves subrogades, l'actriu. En ser empresonada, el deliri caigué.

No es tractaria tant d'una manca de control dels impulsos com d'una lògica que batega en la vida de la pacient. Lacan substituï el concepte d'impulsió que s'utilitzava en l'època pel de reacció. No és un impuls simple que sorgeix del cos, és una reacció a quelcom. Es tracta de poder veure que, més enllà de les característiques de la personalitat, hi ha vivències promogudes per factors externs a les quals el subjecte no sap com respondre, i no disposa dels medis per respondre (J. Lacan, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* 1984, 53). Son esdeveniments que trenquen la continuïtat i desencadenen un deliri. En aquest moment considero

important destacar la idea que en el passatge a l'acte hi ha acció però no hi ha intenció premeditada ni conscient (1984, 57).

b) Passatge a l'acte en la neurosi

Lacan recollí doncs l'estructura imaginària de l'agressió i és per aquesta via que es proposà l'extensió de *passatge a l'acte* per a tota tensió agressiva sigui quina sigui l'estructura de personalitat de l'agressor (Muñoz 2009, 72). A partir d'aquest moment, podem parlar de *passatge a l'acte* no només en la psicosi sinó també en la neurosi.

El malalt se sent empès a fer alguna cosa tot el temps, prova d'alliberar-se d'una «sensació dolorosa alhora física i mental» (Muñoz 2009, 57) i clou en l'acte agressiu: adreçat a un mateix o adreçat a un altre però sempre per posar límit a un imperiós malestar personal. Però si fins aleshores el passatge a l'acte s'havia considerat en l'ordre de la descàrrega, ara s'observa que hi ha una lògica. Si hi ha un sentit associat a aquesta lògica – deliri psicòtic o relat neuròtic – el podrem conèixer pel relat de l'autor del passatge a l'acte. En tot cas, el metge en podria fer una aproximació a partir del relat del pacient si el pot escoltar. Com ja hem dit, la indicació clínica seria transformar l'agressivitat en paraula abans que conclougui en acte – drenar-la per la paraula –.

De vegades només podem recórrer a la medicació per aturar un deliri, però sovint, poder parlar de manera orientada – orientada per una clínica rigorosa – pot donar un millor curs al malestar. També es pot considerar la conversa com acompanyant de la medicació i no com alternativa en estadis inicials del deliri.

Si ens fixem en els anteriors casos, podríem pensar en el benefici d'haver utilitzat la funció d'interlocució al llarg del temps. Aquest tipus de passatge a l'acte podríem dir que és facilitat per la falta d'un interlocutor en el moment mateix del malestar.

Tractar la pulsio amb paraules suposa una cessio i permet que es lligui a un desig.

8.4.3. Relat dels casos

A continuació relataré els casos tal com m'han estat explicats pels professionals. Els he ordenat tal com he anat indicant en cada apartat de tipus d'agressió. Això no obstant, veurem que la distinció no sempre és neta. Per exemple, que sigui una agressió verbal no exclou que sigui un intent de resoldre la tensió especular.

En primer lloc, veurem alguns exemples d'agressió verbal:

Francesc

El Dr. Francesc desconfiava del Pau, un pacient conegut que havia realitzat diversos intents autolítics fracassats. Considerava que només volia cridar l'atenció. *En aquesta ocasió se li havia disparat l'escopeta de balins quan la netejava, deia, i s'havia ferit l'espatlla.*

Quan el despertaren perquè l'atengués i li varen dir qui era, el recordà i hi va anar resignat, pensant que els seus sempre eren incidents semblants, absurds. Decidí explorar les ferides amb un estilet i amb cura. El pacient demanà anestèsia de seguida i el metge respongué que no creia que li fes mal si abans s'havia disparat ell mateix. El pacient començà *un reguitzell de frases inconnexes*. El Dr. Francesc pensà que el pacient era boig i no respongué a res del que deia. El pacient s'excità sol i passà de la queixa a l'insult i d'aquest, a les amenaces. El metge avisà la seguretat i se n'anà.

És un cas que serveix per veure com el pacient *transfereix* el malestar al metge sigui quina en sigui la causa inicial. Per altra banda, podríem considerar una apreciació que feu el metge: ell no contestava el que deia el pacient i aquest s'excitava més. Efectivament, potser haver contestat d'alguna manera hauria contribuït a apaivagar l'excitació? Posar paraules, a més d'anestèsia, és un bon coadjuvant per als tractaments? Explicar al pacient la intervenció, sobretot quan és invasiva, dir alguna paraula, pot contribuir a l'acceptació de l'actuació del metge?

Eugeni

El Dr. Eugeni va atendre una noia jove que arribà amb dolor abdominal de 24 hores de durada. A la sala d'espera hi deixà la seva parella i la mare va entrar a la consulta. No

hi havia clínica d'apendicitis i, en canvi, arribava amb un volant on es demanava que es descartés l'apendicitis. El seu parer immediat va ser que el metge que li havia derivat aquesta pacient se la volia treure de sobre. Era evident que es tractava d'una pacient que li deixaria el despatx de cap per avall. Molt exigent: per començar, la mare no volgué sortir quan ell li ho demanà, i això malgrat que la pacient no deia res. L'obligà a sortir i finalment, ella hi accedí. La noia, a soles, es mostrà tranquil·la, la placa revelà que hi havia molts gasos que podien justificar el dolor; ell feu la prescripció corresponent. La noia començà a insultar el metge dient que els gasos no n'eren la causa. El metge proposà de fer alguna altre placa i alguna altra prova. Però la pacient considerà que això seria motiu d'una espera més llarga que no estava disposada a assumir. Va voler marxar i el metge li negà l'informe atès que se n'anava sense la seva indicació.

La pacient sortí de l'escena insultant i la seva parella va entrar per demanar el número de col·legiat del metge. Tot seguit es produí una escalada agressiva entre tots dos, metge i company de la pacient, que acabà amb la demanda del company de ser atès pel cap del servei.

No sabem què havia motivat tant de malestar previ, però com el mateix metge comentà amb justesa en revisar junts el cas, potser la seva actitud va empitjorar la presentació en donar via de sortida a aquest malestar. És a dir, ell va fer de catalitzador d'un malestar que ja existia abans de la seva trobada?

Podríem dir que va rebre transferència de dos llocs: dels seus companys i del pacient. Una via de recerca que s'obre és també la dels efectes en els pacients de les derivacions que no només busquen allunyar els pacients difícils de tractar.

Finalment, em sembla digne d'atenció la demanda de l'acompanyant de la pacient de parlar amb el cap de servei, és a dir, amb un Altre.

Úrsula

La pacient havia sortit de la presó recentment. Allí li havien dit que s'hauria d'operar de l'espatlla, estava en la llista d'espera.

Venia amb mal d'esquena i ansietat. L'ansietat era un símptoma però per a la metgessa no pressuposà un conflicte sinó que hi atorgà valor de dada normal en aquell tipus de pacient. Tot i això, per la seva presentació ansiosa, la va atendre amb calma, va aconseguir que s'assegués, cosa que no volia fer, va aconseguir que s'estirés, cosa que no volia fer, va aconseguir posar-li una via i li va donar una medicació. La pacient es va tranquil·litzar i la metgessa se'n va anar a sopar. L'avisaren que la pacient s'havia agitat de nou i va deixar el sopar a mitges per atendre-la. La pacient digué que la metgessa havia dit que no era quirúrgic, el seu mal, i la metgessa respongué que sí que ho era però que no era urgent, que havia d'anar a consulta externa i esperar la llista d'espera. Li va donar l'alta perquè ja no hi havia res més a fer. La pacient se'n va anar empenyada i dient: *no m'ha fet res*.

La pacient sabia que no seria operada? Per què es queixà de no haver estat escoltada en el punt referent a la intervenció quirúrgica? La Dra. Úrsula havia estat molt amable, però no tenia informació sobre el malestar de la pacient. Què li estava transferint?

Neus

La pacient havia sofert complicacions molt importants i greus a partir d'una petita intervenció. El resultat d'aquest seguit de problemes va poder ser solucionat mercès a l'excel·lència de la cirurgia actual, però amb un gran cost per al cos i per a la vida de la pacient: ingressos en diversos hospitals, intervencions quirúrgiques molt compromeses i que demanaven molt de sacrifici de la pacient... Durant l'estada en una UCI havia estat, com és habitual en aquestes unitats, sola i entre parets de vidre que permeten els professionals de veure tots els pacients de que són responsables. La pacient també veia el pacient que tenia al davant i va veure com moria. Ella mateixa estava sedada, es despertava i s'adormia, el que veia era com un malson. Durant setmanes va estar molt angoixada per l'experiència.

Quan feia dos dies que n'havia sortit i es mostrà angoixada pel que havia viscut, la infermera li digué que ja no estava allí i que era absurd que manifestés por i angoixa per una cosa que ja no li estava passant.

La pacient la feu fora, amb crits i gran agitació.

Potser va percebre com un menyspreu d'un patiment molt intens l'intent de la infermera de minimitzar el mal? Pot ser que les experiències d'intervencions tant greus en el cos requereixin un acompanyament molt més important amb les paraules?

A continuació, els relats de cas d'agressió física. En primer lloc, un cas de resolució de tensió especular:

Pere

Veurem com la resposta passa pel gest d'anihilament de l'altre perquè la seva actitud s'entén com un anihilament del si mateix.

Recordem el que ja he narrat en l'apartat d'exemples:

Estant de guàrdia i amb molts timbres alhora, el Pere troba la porta d'una habitació d'aïllament oberta i la tanca. Quan torna a passar, està oberta de nou i torna a tancar-la. Respondre amablement al familiar que la vol oberta que el protocol ho prohibeix, no és suficient per convèncer-lo i es produeix un forcejament entre ambdós que conclou amb un cop de porta que rep l'infermer.

Quan el Pere em va relatar l'incident se'n va adonar que, a causa de la falta de *feeling* que li despertava aquest familiar, el cas no s'havia revisat malgrat els problemes reiterats – la repetició – que ja hi havia hagut abans. El pensament científic no considera important la repetició que es dona dins d'un mateix cas. Aquest oblit va impedir d'acollir la situació de claudicació en què s'havia trobat el familiar. En reflexionar, sortí del registre especular i sorgí la dimensió del patiment en joc que

convocava al restabliment de la posició d'alteritat del professional i la conveniència d'haver introduït una parada per reflexionar en el seu moment.

Passem a exemples de passatge a l'acte psicòtic. No he trobat casos que es percebés que hi havia un deliri construït per part del pacient – no he parlat amb aquests pacients – però alguns elements en joc remetent a l'estructura psicòtica, ja que es tracta de passatges a l'acte de pacients en què sembla que hi ha poca possibilitat d'elaboració simbòlica i moltes dificultats per al vincle. Els dos casos següents remetent a aquest tipus d'acte. Veurem que hi falta la relació immediata amb el professional: més aviat sembla que l'acte del pacient tingui a veure amb un procés intern que ha escollit com objecte un professional.

En aquests casos la possibilitat de maniobra transferencial del professional en el moment de l'agressió és menor. Malgrat això, la possibilitat de trobar la lògica delirant del pacient es manté. Podríem pensar que l'anàlisi continuada dels casos difícils que s'atenen permetria un millor maneig que ajudés a evitar possibles agressions.

Olga

L'Olga era l'única que havia continuat atenent un pacient que tots els serveis i professionals es treien de sobre perquè era molt agressiu, poc col·laborador, al mateix temps que molt seductor. Al barri tots els veïns estaven atemorits de la seva presència. Ella havia sostingut l'atenció al pacient malgrat les reiterades faltes de col·laboració – per exemple si hi havia un tràmit que ell hagués de fer davant d'una altra institució, mai no el feia – i també malgrat la resistència a acceptar els horaris de visita establerts amb ella. Ho va fer perquè l'inici ell havia acceptat entrar en un centre de desintoxicació, és a dir, hi havia hagut una primera cessió del pacient.

Feia anys que l'Olga atenia el pacient i aquest, quan va aconseguir en un altre organisme una subvenció que ella no havia pogut aconseguir temps enrere, no va

poder considerar les possibles limitacions de l'Olga en el seu moment i ho va entendre en clau de perjudici.

Ella s'havia constituït en un Altre per al pacient? Podria ser que, malgrat o precisament a causa de totes les atencions que ella li dispensava, ell visqués com un rebuig molt greu el que va percebre? De vegades donar tot el possible fa desaparèixer la falta en l'Altre?

Juli

El pacient d'en Juli era un home amb problemes psiquiàtrics i considerat perillós pel seu caràcter violent. Havia rebut una ordre d'allunyament del seu CAP i l'assignació d'un nou centre de salut. El criteri per assignar el nou centre va ser que tingues seguretat les 24 hores del dia.

L'equip del centre d'atenció primària d'acollida va acordar que hi hauria un metge referent escollit per raó de la seva funció d'autoritat en el centre. A més, en totes les visites, hi havia el guarda de seguretat a la porta i, si sentia que el to de veu s'elevava, entrava. Durant uns quants anys es va poder funcionar així sense greus incidents. Com que al CSMA no hi havia agents de seguretat, el psiquiatre també el visitava en aquest centre.

Però amb la crisi i les retallades es va treure la seguretat del centre. Al mateix temps, va haver-hi un canvi en la direcció i per tant, de metge referent. A partir d'aquest moment, varen començar les dificultats. El pacient es va trobar més poderós i va començar a demanar algunes millores per a la seva vida personal, motiu pel qual el nou metge referent l'envià al treballador social. El fet és que la seva demanda depassava el que es podia oferir a qualsevol pacient i, per tant, les possibilitats reals que fos resolta en termes d'obtenir l'objecte sol·licitat eren pràcticament nul·les.

Potser podríem pensar que la transferència se suportava sobre tot en l'autoritat – representada de diverses maneres –, que feia de pròtesi externa a les dificultats de socialització greus d'aquest pacient? He dit abans que hi ha casos en què la llei i la seguretat són l'única manera de contenir el malestar d'un pacient.

Pensat des d'aquesta lògica, podríem entendre que, en desaparèixer el director del centre i els agents de seguretat, el pacient es va quedar sense dos referents molt importants i va perdre la contenció psíquica que la seva presència li proporcionava.

Dels casos relatats, n'he trobat dos en els quals podem pensar que es tracta d'un passatge a l'acte de pacients neuròtics. Quan el malestar subjectiu d'un pacient no és acollit en la consulta mèdica no se'n produeix el drenatge i s'acumula com tensió en el cos. Hi ha expressions del professional que poden ser viscudes com un desistiment a acollir-lo, si no com un rebuig franc del patiment. En aquell moment la tensió s'alliberarà contra el professional. Potser es podria llegir així el que va passar al Dr. Adrià i al Dr. Nicolau.

Adrià

Recordem el que ja he explicat en el capítol d'exemples:

El Dr. Adrià s'estava al despatx amb un resident i s'obrí la porta amb violència. Entrà el pare d'una pacient que havia atès el dia anterior d'urgències, l'arrencà de la cadira i li comença a clavar cops de puny i puntades de peu. També l'insultà fent esment de la seva raça, que és estrangera.

El pacient havia dut el seu bebè que patia símptomes respiratoris. El metge explorà, indicà, feu una prescripció i explicà els detalls d'empitjorament que haurien de fer consultar de nou. El pare es mostrà desconfiat i, tot i mantenir-hi una conversa, la situació no millorava, així que li va indicar que podia acudir a les urgències de l'hospital per tenir una segona opinió. No el va veure més aquell dia. I al dia següent es produí l'agressió relatada.

El relat i la conversa que vaig tenir amb el Dr. Adrià no ens donaren pistes per comprendre l'agressió, però, tot d'una, el metge va aportar la dada que el pacient també era d'una raça estrangera a la nostra i diferent a la del metge. Aquesta dada va constituir un punt de sorpresa perquè hi havia l'insult del pacient fent esment d'aquesta diferència. Podem pensar que hi hauria qüestions per investigar que podrien tenir a veure amb la dificultat d'assumir les dificultats amb la pròpia diferència racial que, al mateix temps, el metge encarnava? Es podria haver introduït alguna cosa en la conversa per reduir el malestar?

Nicolau

El Dr. Nicolau s'estava a la sala gran havent acabat la guàrdia de bon matí, havia d'acabar uns informes, tenia pressa perquè havia d'atendre un assumpte personal en sortir. Quan a l'àrea d'infermeria que hi ha al costat començà a haver-hi crits, ell va treure el cap enfadat per dir que estava treballant. La pacient que hi havia fora li va dir alguna inconveniència, l'insultà. Després, quan estava al passadís, parlant amb altres col·legues, aquesta dona passà pel seu costat, l'empenyé i continuà caminant com si res.

Després varem poder saber que aquesta dona estava allí perquè l'havien avisat per la imminent mort del seu marit. N'era una dona molt dependent i de seguida es va negar a rebre les males notícies que, a més, d'entrada li varen haver de ser comunicades al passadís perquè no hi havia cap lloc tranquil lliure. Veiem que hi ha un patiment molt important que no pot ser acollit de manera convenient, en primer lloc perquè no hi ha l'espai adequat ni per comunicar les notícies ni per permetre que algú estigui tranquil. La sortida del Dr. Nicolau propicià la descàrrega de tota la tensió. Podem pensar que es tractava una *transferència*? Recordem que, de moment, hem definit transferència com canalització d'una agressivitat que anava destinada a un altre lloc i que el metge atreu sobre d'ell.

En aquest cas, a més, podem introduir la conveniència de tenir espais adequats per conversar amb els pacients.

Finalment, hi ha dos casos en què no he pogut establir de quin tipus d'agressió es tracta. Caldrien més dades – tal vegada una conversa amb l'agressor – per poder-ho pensar.

Marina

A la porta de les consultes externes hi ha sempre molta gent. La Marina acostuma a fixar-se en uns i altres. Va veure una parella de dones que feia molta estona que hi eren, s'hi adreça per preguntar on van, certament estan desorientades, els indica el funcionament de l'admissió a consultes i també – amb mostres d'afecte com passar-los el braç per l'espatlla – les ajuda a realitzar el tràmit atès que estan nervioses i no s'entenen amb el procediment. Igualment se n'adona que una de les dues, la pacient, és deficient psíquica. Encara falta una estona perquè siguin ateses però vista la situació de nerviosisme i la dificultat especial de la pacient, la Marina decideix avançar la seva visita.

Al cap de pocs minuts, un home entra cridant i amenaçant a la consulta dient que ella ha escridassat la seva mare – que s'esbrinà que era la pacient a la que acabava de notificar que avançava la visita –. L'home va interpel·lar la pacient i aquesta afirmà haver estat maltractada. L'home va marxar tal com havia arribat, però l'enrenou que va promoure va ser notable i la Marina va quedar molt impressionada i amb malestar elevat, incloent-hi manifestacions somàtiques severes en els dies següents.

Feia poc que la Marina havia fet el curs de riscos laborals de la seva empresa i això la va animar a denunciar el fet ocorregut. No obstant, si bé pensava que la mesura podia frenar la tendència agressiva d'alguns pacients, per altra banda també li va semblar que el seu malestar es feia més gran en haver denunciat.

Joan

Poc podem saber, sense paralar amb ell, del subjecte que agredeix un administratiu perquè no li deixa saltar-se la cua. Però varem saber que al pacient li varen donar molts sedants després de l'agressió, així que de ben segur hi havia un gran neguit en aquella persona.

9. LA TRANSFERÈNCIA

Desxifra les paraules que ha escrit l'amor silent...
Shakespeare, *Els sonets*

En aquest punt, convé introduir el concepte insinuat per alguns metges quan em deien que varen atreure sobre si allò que no els anava destinat. En dir-ho revelaren un concepte clau de la psicoanàlisi, que com és sabut⁴⁷, és una *praxi* que va néixer en el si de la neurologia.

En l'apartat IV dels «Estudis sobre la histèria» (Freud, *Sobre la psicoterapia de la histèria* 1985, 272) que hem citat en l'apartat destinat al concepte de cos, Freud parlà d'alguns aspectes que més endavant va conceptualitzar com *transferència*⁴⁸. En aquell moment es tractava de quelcom que qualsevol metge considera en la seva pràctica habitual: la relació de confiança com a condició necessària per a l'establiment de la relació terapèutica⁴⁹. Ara bé, aquesta confiança de vegades es presentava de manera enutjosa: antipatia, queixes reiterades, però també amor excessiu. L'amor va ser el principal escull contra el qual varen topar aquests metges que s'interessaven sincerament pel malestar subjectiu de les pacients. Veiem que és ben al contrari que avui, en que el que es transfereix i preocupa més és l'agressió.

Freud considerava que aquest tipus de presentació era deguda a la neurosi mateixa i, a l'inici, hi va pensar com una alteració psíquica que es produeix en la relació entre metge i pacient i com un inconvenient inevitable. No era específic del tractament analític, aquest fenomen es presentava habitualment entre pacient i metge. Pensava

⁴⁷ Veure el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques».

⁴⁸ En aquest apartat, utilitzaré material de treballs meus anteriors que no han estat publicats, però en els quals vaig tractar extensament la qüestió de la transferència. N'hi ha còpies que es poden consultar i que estan dipositades a la Secció Clínica de Barcelona de l'Institut del Camp Freudià. Es tracta de l'Assaig «La transferència: entre l'amor i el saber»; la memòria d'investigació: «El amor de transferencia» i el DEA: «El deseo del analista: transferencia y pulsión».

⁴⁹ Veure el capítol «L'abandó del paternalisme».

també que era un obstacle per al tractament i en digué «transferència per fals enllaç» (Freud, Sobre la psicoterapia de la histeria 1985, 306). És a dir, com els metges que he entrevistat, considerà que el pacient equivocava el destinatari de l'afecte.

D'entrada, ell no estava interessat per aquest fenomen que més aviat semblava entorpir el tractament. El cas *Anna O.* del seu col·lega Breuer, el 1895 (Breuer, La señorita Anna O. 1985) (Freud, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914d) 1984)⁵⁰, n'és paradigmàtic. Més endavant, el 1905, encara considerà que era la causa d'impedir el maneig adequat del cas *Dora*, com va explicar en el seu «Epíleg» (Freud, Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905e-[1901]) 1978).

Però al mateix temps s'adonava de la seva potència per a la curació, ja que amb l'enamorament la suggestió era altament facilitada (Freud, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914d) 1984, 11). En el mateix cas, especificava que

La transferència, destinada a ser el màxim escull per a la psicoanàlisi, es converteix en el seu auxiliar més poderós quan s'aconsegueix col·legir-la en cada cas i traduir-la per al malalt (Freud, Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905e-[1901]) 1978, 103).

Aquí Freud va trobar una possibilitat terapèutica: d'allò que el pacient feia amb el metge, aquest en podia fer una traducció per a la malalta i això era útil a la relació. Per exemple, podia adonar-se que la pacient el tractava com a altres homes amb què havia tingut relació, o com a un pare. Li ho deia i això permetia que la pacient fes conscient una manera de fer que fins aleshores romania desconeguda per a ella mateixa. Amb aquesta indicació va donar l'impuls inicial a la psicoanàlisi com a *praxi* separada de la medicina i també separada de la psicologia. La transferència esdevingué el concepte clau de la psicoanàlisi.

Anys després, Lacan digué que la transferència és posar en acte la realitat de l'inconscient (J. Lacan, El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis 1999). És a dir, que el que es transferia al metge en acte era quelcom

⁵⁰ En aquest text no es fa cap menció a la transferència ni als fets que en donarien compte, tal com explica en la nota 5 James Strachey.

desconegut per al pacient mateix, no perquè no sabés que ho estava fent, sinó que ell mateix no sabia que el que estava fent era quelcom en què s'ocultava una significació opaca.

El 1912, la formulació de Freud del fenomen transferencial té a veure amb l'amor:

Tot ésser humà, per efecte conjugat de les seves disposicions innates i dels influxos que rep en la seva infantesa, adquireix una especificitat determinada per a l'exercici de la seva vida amorosa, és a dir, per a les condicions d'amor que establirà i les pulsions que satisfarà, així com per a les metes que s'haurà de fixar. Això dona per resultat, diguem-ho així, un clixé (o també varis) que es repeteix – és reimprès de manera regular en la trajectòria de la vida, en la mesura en què ho consentin les circumstàncies exteriors i la natura dels objectes d'amor assequibles, encara que no es manté del tot immutable davant d'impressions recents (Freud, Sobre la dinàmica de la transferència (1912b) 1986, 97).

És a dir que Freud sostenia en aquell moment que hi ha un patró de relacions amoroses que es reproduïx amb el metge/analista que opera tenint-ho en compte.

Finalment, el 1915, en el text «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (Freud, Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915a[1914]) 1986), plantejà la transferència en el cas de l'enamorament de les pacients i parlà de la diferència de criteri que havia d'orientar l'analista respecte de l'home de sentit comú. Segons ell,

s'ha de deixar subsistir en el malalt necessitat i enyor com a unes forces pulsionants del treball i l'alteració, i guardar-se d'apaivagar-les mitjançant subrogats ... un hom ha de guardar-se de desviar la transferència amorosa, d'espantar-la o disgustar-ne a la pacient; i amb igual fermesa, un hom s'abstindrà de correspondre-li (1986, 168-169).

Sobre aquest punt diu E. Laurent:

... aquí, en el fons, Freud es val d'una espècie de tècnica amorosa que s'inscriu en una tradició que no és la de la confiança en un professional, sinó de l'ordre del amor cortès, que consisteix a oferir-se a la declaració d'un enamorament per, a continuació, no posar com a condició més que proves a través de les quals s'ha de passar; les proves que l'analista imposa giren al voltant del record i del reconeixement, giren al voltant del mecanisme del record; i tot això aplicat en un registre que té totes les seves conseqüències (Laurent, Entre transferencia y repetición 1994, 31)

Un amor, per tant, que no serà correspost, però que serà utilitzat com a palanca d'un tractament de què la pacient obtindrà un saber sobre si mateixa que l'ajudarà a modificar una manera de fer que la fa patir. Freud dirà, a continuació de la darrera cita que n'hem fet, que

... [la transferència amorosa la tractem] com a una situació per la qual es travessa en la cura, que ha de ser reorientada vers els seus orígens inconscients i que ajudarà a dur a la consciència el més amagat de la vida amorosa de la malalta per així governar-ho (Freud, Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915a[1914]) 1986, 169)

A continuació voldria atreure l'atenció sobre un aspecte particular del concepte i del maneig de la transferència que marca una diferència molt important en relació amb la manera de fer de la ciència: la repetició.

Ja he explicat en la *Introducció* que el tipus de recerca actual es fixa només en la repetició de casos de violència i no en les repeticions que hi ha dins la vida d'un pacient. Tampoc no es preocupa de si hi ha professionals més propensos a ser agredits o pacients amb més tendència a agredir. En psicoanàlisi la repetició també compta, però aquella que es produeix en la vida d'un sol pacient.

Un col·lega em va explicar que en un estudi d'accidents escolars que li va encarregar una escola va revelar que les nombroses caigudes registrades en diferents llocs de la institució corresponien als mateixos nens sempre. Quan hem de tractar les persones i no només les malalties, la repetició compta. Per la transferència, podem convidar a llegir el patiment a partir de les repeticions.

9.1. REPETICIÓ

Per a Freud, la transferència s'introdueix en la psicoanàlisi com a repetició. Com acabo de comentar, la transferència consisteix en el desplaçament de les representacions inconscients sobre la persona de l'analista. La relació amb l'analista en facilita la repetició. Deia ell que les mocions inconscients que no es poden recordar s'actuen...

aspiren a reproduir-se en consonància amb l'atemporalitat i la capacitat d'al·lucinació del inconscient. Al igual que en el somni, el malalt atribueix condició present i realitat objectiva als resultats del despertar de les seves mocions inconscients (Freud, Sobre la dinàmica de la transferència (1912b) 1986, 105)⁵¹.

Observava també que no sempre era fàcil accedir als records i fins i tot que de vegades aquesta dificultat es presentava com una mena de negativa. Aleshores va plantejar el conflicte entre la dificultat de recordar i la invitació a fer-ho com una lluita entre la raó i la pulsio. A la oferta de conèixer-se millor, la pacient hi oposava una mena de voluntat d'actuar. En aquesta lluita, sorgeix el fenomen de la transferència com a terreny on es jugarà la partida de la curació (Freud, Sobre la dinàmica de la transferència (1912b) 1986, 105).

Allò que vol obviar el circuit intel·lectual s'actua amb el signe de la repetició. Es tracta de la pulsio. En aquest sentit, la repetició és aliada de la repressió.

Respecte del maneig que se n'ha de fer, considerava que es tractava d'interpretar la transferència per obrir pas al record. La interpretació allibera el camí de resistències i el record, la producció del pacient, en dona compte.

Va posar en relació transferència i saber en tant que l'energia que es mobilitza en la primera s'ha de destinar al segon. Així, per exemple, introdueix de nou la qüestió del «no saber» amb relació al sofriment i la comunicació d'allò que el metge discerneix del que el pacient no sap, com a objectiu del tractament, i posa en relació l'afecte amb el saber:

Pel que fa a les magnituds d'afecte requerides per vèncer les resistències, les supleix mobilitzant les energies apromptades per a la transferència; i mitjançant les comunicacions oportunes mostra al malalt els camins pels quals ha de guiar aquestes energies (Freud, Sobre la iniciación del tratamiento (1913c) 1986, 143)

⁵¹ Per a un coneixement més profund sobre el que anomena «capacitat al·lucinatòria de l'inconscient», es pot consultar el clàssic «La interpretación de los sueños» del mateix autor.

Com deia, en les primeres apreciacions dels efectes de la transferència en el tractament psicoanalític, no era tan clara la possibilitat d'utilitzar-la com a recurs.

En el mateix text:

A més, en el decurs del tractament també és despertat un altre factor propiciador: l'interès intel·lectual i la intel·ligència del malalt. Només que amb prou feines compta davant les altres forces que es combaten entre si, i això amenaça continuadament una desvalorització causada per l'enterboliment del seny per obra de les resistències (1986, 144).

L'interès intel·lectual que el pacient pugui tenir pot ser feble en relació amb la potència de la pulsio que enterbolirà el resultat de l'esforç intel·lectual.

Al 1914, a *Recordar, repetir y reelaborar*, explicita la conceptualització de la transferència en tant que actuació i com a tal, resistència.

L'analitzat no refereix recordar-se d'haver estat desafiant i incrèdul davant l'autoritat dels pares; en canvi es comporta d'aquesta manera davant del metge.

Estableix que així es va repetint en la cura i que es tracta d'una modalitat del recordar.

Per descomptat que el que més ens interessa és la relació d'aquesta compulsio de repetir amb la transferència i la resistència. Aviat ens en adonem que la transferència mateixa només és una peça de repetició, i la repetició és la transferència del passat oblidat:

...¿Què repeteix o actua, en veritat? Heus aquí la resposta: Repeteix tot el que des de les fonts del seu reprimit ja s'ha obert pas fins al seu esser manifest: les seves inhibicions i actituds inviablés, els seus trets patològics de caràcter. I, a més, durant el tractament repeteix tots els seus símptomes.

Per què hauria d'interessar, això, als metges? Perquè la transferència no està esperant el psicoanalista per posar-se en marxa, es transfereix sempre algun afecte al metge, però només la intervencio de tipus psicoanalític permet d'obtenir un saber al practicant per poder desllorigar els punts de detencio. Saber no només quan va malament: també permet saber quan va bé. Perquè en medicina no hi ha les categories per saber quan i per què el maneig de la transferència ha funcionat. I, per descomptat, que hi ha metges que ho fan excel·lentment en aquest àmbit, però no ho poden aprofitar com a saber.

Vol dir això que el metge ha de fer de psicoanalista? Ser metge i ser psicoanalista són tasques diferents, cada un té el seu àmbit d'aplicació. Però tots aquests coneixements poden contribuir al tractament general del malalt i també a la derivació que se'n pugui fer a un especialista de la paraula. Perquè el que inicialment va destinat al metge – encara que sigui per un atzar – el pacient no acceptarà que sigui derivat a un altre professional si no és amb algun tractament previ. És a dir, la transferència s'ha d'acollir i s'ha de tractar en part, per poder derivar al especialista el que li correspon i poder continuar el treball amb el metge.

Si el pacient es mostra desafiant, ja passava en època de Freud (1993, 77-123), podem adonar-nos que no es tracta exactament que ens estigui desafiant a nosaltres sinó que ell, *repetidament*, desafia els interlocutors. Tal vegada més quan es tracta de figures que representen certa autoritat.

9.2. COM OPERAR AMB LA TRANSFERÈNCIA?

El tema és molt ampli, però podríem destacar-ne algunes idees orientadores:

Hi ha un maneig de la transferència que no convé, tal com assenyalaren dos dels metges entrevistats: inconscientment, el professional pot donar suport al drenatge de la intenció agressiva sobre si mateix. Aquesta *transferència* del que inicialment no li anava adreçat pot ser motivada per un excés de consistència del *jo* del professional, és a dir, quan el professional s'instal·la en posicions personals consistentes i que no tenen a veure amb l'aplicació de la tècnica mèdica.

Per tant, la indicació clínica és de desviar la transferència de la persona del metge a la paraula. Podem dir, aleshores, que el professional pot evitar donar sortida a aquesta intenció: primer, cedint en la seva posició i, segon, convidant a posar paraules al malestar. Quan prenem aquesta via, és tant important aprendre a parlar com aprendre a escoltar i, per tant, aprendre a callar. Cal poder acollir la intenció agressiva mentre s'evita l'agressió. Poder-la acollir d'una manera que sigui útil a la seva «curació».

Miller (J.-A. Miller, Silet 1995) parlà del silenci en dos sentits: primer parla de l'esborrament de l'analista. Que la consulta mèdica es realitzi en un marc de subjectivitat no vol dir que el metge hagi de respondre des de la seva subjectivitat, en absolut i al contrari: no ha d'intervenir des aquesta perspectiva. Callar és imprescindible, doncs, per no posar en joc les pròpies opinions, prejudicis o valors.

L'altre sentit, és el de deixar parlar el pacient per tal que ell mateix pugui exposar els problemes i les possibles solucions. Cal aclarir que aquestes tesis només es poden entendre en la hipòtesi de l'inconscient, d'una veritat que hi ha en el patiment i que el diàleg analític permet de formalitzar. Però crec que poden ser molt útils al diàleg mèdic. En aquest cas, el silenci ens remet al capítol on hem tractat el sagrat i també hi tornarem al capítol «Paraula, silenci i acte».

La idea principal és que es tracta d'evitar que les transferències s'organitzin sobre el metge – per això ell mateix defugirà mostrar-se com un *jo* organitzat, defugirà mostrar el que ell entén, per tal d'afavorir que pugui sorgir d'una manera més clara el que entén el pacient –. Per això, s'ha de defugir principalment la relació simètrica que afavoreixi les identificacions: el metge està amb el pacient per raó d'un coneixement que aquest li ve a demanar.

El tema de la transferència és molt ampli i el seu coneixement pot permetre un recorregut important als metges en la seva pràctica. Per al tema que m'interessa treballar en aquesta tesi, em sembla que és suficient amb aquesta brevíssima exposició. Caldrà també relacionar-la amb el que s'ha mencionat en el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques» sobre la neutralitat analítica, ja que, com hem vist en aquest apartat, Freud la relacionà directament amb la capacitat suggestiva, però en va desviar aquesta potència per donar el poder de decisió al pacient.

Un cop introduïda la qüestió de la transferència, em sembla que podem considerar que l'agressió és un desplaçament de la força pulsional cap a la figura del metge o dels professionals que treballen amb ell, amb la particularitat que sovint l'agredit és aquell

de qui s'esperava una solució per a aquella força que és viscuda com a quelcom a suprimir. La nostra proposta no és suprimir-la sinó permetre que es lligui a un desig, tractar-la. El mecanisme de substitució que ha de permetre el pas de la violència al desig és el maneig de la transferència: no acceptar l'afecte, fer posar paraules al malestar. En el cas que ens ocupa: no quedar-se pensant que el pacient vol agredir i procurar el pas de l'agressivitat a la paraula.

Finalment, l'eina que el metge pot tenir a disposició és el treball de casos en taller amb un psicoanalista. Si es té en compte la perspectiva de la paraula, de la transferència i la lògica de l'acte, la via de solució serà el treball de casos quotidià. Trobar la lògica que hi va haver en els casos – els que van malament i els que van bé – només és possible quan ja han passat. Obrir un espai per al temps de comprendre manté obert el camí de la paraula i el silenci entre professionals i pacients. La reflexió ha d'incloure les respostes que el professional ha donat i considerar la influència que ha tingut en el pacient. La reflexió ha d'obrir el temps de comprendre, impossible per el temps material de les consultes però també impossible pel temps de la naturalesa del acte.

L'ètica plantejada suposa que no hi ha estandardització possible de les respostes, que l'acte agressiu conté quelcom a què no s'ha de respondre si no és intentant la seva transformació. Tornaré amb més precisió a aquesta qüestió en el capítol següent.

10. PARAULA, SILENCI I ACTE

¿No sabem potser que en els confins on la paraula dimiteix comença el domini de la violència, i que regna ja allí, fins i tot sense que se la provoqui?

Jacques Lacan

(Introducció al comentari de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud 1997, 360)

10.1. ELS LÍMITS DE LA PARAULA

En el treball desenvolupat fins ara he revisat la relació entre metge i pacient en l'abandó del paternalisme i l'assumpció de l'autonomisme; també he mostrat que el cos no respon com un organisme i que la relació amb l'Altre li és essencial. A continuació he abordat els problemes actuals de la relació entre metge i pacient a partir de l'exemple concret de les agressions i hi he proposat un nou abordatge. Per acabar, voldria realitzar una aproximació a la qüestió de la paraula, perquè en el discurs dominant ha esdevingut inoperant i convindria començar a pensar en les maneres de retornar-li el seu valor. Considero que es tracta d'una part de la meua tesi que s'haurà de continuar en futurs treballs, per tant, tot i que arribaré a una conclusió, no consideraré que en sigui la darrera paraula.

Tal com he anat dient al llarg de la tesi, la paraula té límits. Tal com els va concebre Lacan, els discursos⁵², les diferents maneres de fer llaç, determinen les possibilitats i límits de la paraula, entre la paraula i la vida. El discurs del capitalisme ve a dir que no cal el llaç, que el llaç és un obstacle al funcionament i per això ha convertit la paraula en quelcom inoperant.

Hem vist com la introducció en el llenguatge implica una reducció del gaudi del subjecte que s'opera per la funció paterna i que – com he dit d'altres maneres - suposa l'entrada en la castració: el reconeixement d'alguns obstacles, dels impossibles que imposen cos i vincle. Però la castració té un aspecte positiu: a la falta de paraula en

⁵² Veure el capítol «El concepte de discurs en l'ensenyament de Lacan».

l'Altre correspon una experiència en el cos (a). Lacan va plantejar la pèrdua que introdueix el llenguatge amb una fórmula que diu que $S_2 - S_1 = (a)$. Significa que allò que no és dit entre dues paraules produeix un efecte en el cos. El que es deixa de dir queda en el cos. L'objecte a és efecte, resta, de la impossible adequació entre S_1 i S_2 .

És així que establím que hi ha un límit entre la paraula i el cos, no és una línia, és un territori de frontera. Un territori de silenci. Els discursos són diferents maneres de tractar aquest límit amb diferents maneres de fer llaç, de jugar-se el vincle personal. És en aquest límit on es juga la violència. Aquesta frontera intentem de travessar-la amb paraules, la teixim i la fem visible amb paraules, podríem dir. Teixim una trama de paraules sobre el silenci de la matèria. La paraula permet recorreguts que enllacen la puixança del cos amb l'Altre⁵³. La paraula és una manera de donar forma a aquesta puixança. El cos també té un límit: la paraula (A. Teixidó, *El real en el sexe, el real en la palabra* 2014), que sovint és insuficient per dir.

Enl parlar dels discursos, vèiem que en el discurs capitalista no existeix la funció de la pèrdua i això fa que hi hagi una manca d'ancoratges que permet creure que qualsevol sentit és possible – precisament per l'exclusió del gaudi, que és el que permet un límit al sentit – . En aquestes condicions, el llenguatge pren una funció merament informativa i se n'exclou cap altre ús. Així el model dels llibres d'instruccions per a una conversa comercial serveix també per a una conversa entre el metge i el seu pacient. La conversa més íntima, que serveix al pacient per tramitar o cercar un tràmit per al seu patiment, queda convertida en una conversa de mercaders quan al metge se li dona un llibre d'instruccions.

I és que el poder que sembla atorgar la ciència influïda pel capitalisme ha orientat els humans no només a intentar reduir el sofriment, sinó a eliminar-ne la causa: la castració. El que el discurs capitalista fa, és impossibilitar el vincle entre S_2 i S_1 i, si no és possible parlar, aleshores no hi ha producció ni allotjament per a la pèrdua. D'aquesta manera es nega i s'esclafa amb medicaments o amb menyspreu cada cop que sorgeix:

⁵³ Veure el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions de cos, dues ètiques».

per exemple, es nega el vincle entre S_1 i S_2 quan es diu que la depressió és fruit de la manca de serotonina en lloc de permetre que el subjecte que la pateix s'expliqui. El vincle possible, les paraules que podria dir qui pateix i la pèrdua que en sorgiria s'esclafen amb la prescripció del medicament corresponent.

Al mateix temps, com que no hi ha pèrdua, es diu que tot és possible. És possible tenir qualsevol feina, és possible arribar a qualsevol lloc, és possible tenir qualsevol identitat sexual o, per sobre de tot, és possible tenir una satisfacció il·limitada. En prescindir del real del cos i de la paraula, no hi ha aturadors i se suposa que tot és possible. La voluntat del subjecte és la seva llei.

Però l'impossible no ha deixat d'insistir – encara més com més se l'oblida – i el malestar del cos ho mostra: agitació permanent, encontres sexuals cada cop més fugaços i mancats de vincle, joves a punt del coma etílic a la sortida de les discoteques, actes violents en aeroports, discoteques, escoles, hospitals i agents de seguretat per aturar-los. En el límit, la policia. Avui, a falta de la pèrdua, només funcionen dos límits: l'esgotament del cos i la policia.

Un bon ús de la paraula podria modificar aquesta situació? El metge en té alguna responsabilitat? Com començar i com conduir una conversa digna amb qui pateix? Com acabar-la? En quin punt pot saber el metge que ja pot aturar qui li parla?

Deia que en el límit entre la paraula i el cos hi ha un territori de silenci. Una paraula que tingui en compte la pèrdua necessàriament tindrà en compte el silenci. I em sembla que, avui, el veritable problema de les converses és el silenci. No el silenci de l'oratòria, sinó el silenci del sagrat, de la vida que irromp, com dèiem en parlar del paternalisme. Una conversa que aculli els punts sense sentit a què s'arriba ha de poder incloure el silenci. El silenci, doncs, de la pulsio.

10.2. EL PROBLEMA DE LA PARAULA ÉS EL DE LA GARANTIA

La paraula no ho abasta tot. No hi ha una adequació precisa entre les paraules i el món. Igualment, el problema que Freud, Babinski i els neuròlegs de l'època es plantejaven segueix vigent perquè seguim parlant i mai no sabem quan l'altre menteix.

La mentida és un dels usos possibles dels límits del llenguatge. Si es nega la pèrdua, mentida i error semblen les úniques falles possibles en l'ús del llenguatge.

La mentida, precisament, és un dels principals obstacles percebuts pels professionals en la relació metge/malalt. Sobre la histèrica plana sempre el dubte de la veracitat del que diu⁵⁴. Com hem vist, els estudis del segle XIX donaven voltes a la suggestió, la influència de la paraula del metge en la percepció que el pacient té del propi cos i la frontera delicada en què no es pot saber si la malalta menteix intencionadament. Hi ha alguna cosa en la manera de dir de la histèrica, en el seu cos, en la seva enunciació, que la fa «falsa»; en canvi, ho hem vist, no menteix si no és a si mateixa.

De fet, mai no sabem si l'altre menteix. Les relacions personals s'han de basar en la confiança; però la confiança té a veure amb una suposició, no té a veure amb una certesa i, per tant, suposa l'acceptació d'allò que no està demostrat d'entrada. D'alguna manera, podríem dir que cedim a posseir la veritat quan confiem.

El problema de la veritat té a veure amb l'adequació entre les paraules i les coses en si – és a dir, la que permet el llenguatge – i també amb l'adequació enganyosa que en poden fer els humans. És a dir, la que permet un determinat ús del llenguatge.

La relació entre paraula, veritat i realitat és problemàtica. És un problema que concerneix l'epistemologia però també la moral i que s'ha tractat des de la filosofia de diferents maneres.

⁵⁴ Veure el capítol «Babinski i Freud: dues concepcions de cos, dues ètiques»

10.2.1. Esbós del recorregut del concepte de veritat en filosofia

El mot breu i esquemàtic recorregut que traçaré a continuació tot just pretén assenyalar unes línies principals en l'oscil·lació de la referència a la veritat: Sòcrates, Plató, Descartes, Nietzsche, Wittgenstein, Foucault i Lacan tracen un camí. Veurem que la línia entre moral i epistemologia no sempre és clara.

Sòcrates obre la qüestió de la veritat motivat pel context dels sofistes – mestres de la retòrica i el llenguatge – i per a ell la veritat es va conformant com allò que depèn del diàleg. Però és Plató qui, amb el mite de la caverna (Platón 1999), en plantejar la diferència entre el coneixement i el món sensible, descobreix la veritat com a problema en l'àmbit del pensament en tant que és qüestió la correlació entre les idees i les coses.

Plató sostindrà que la veritat no depèn del llenguatge, ni és provisional, sinó que està en relació amb el bé. La veritat platònica depèn de l'existència d'una realitat suprema, el món de les idees invariables i absolutes. Elles són les que garanteixen la veritat.

Per a ell veritat i realitat coincideixen. L'epistemologia va lligada a una moral, a un ordre ètic determinat.

Vint-i-dos segles després, Descartes introdueix la noció d'un subjecte que pensa les qüestions de la certesa i canvia l'accent de l'objecte al subjecte: com pot saber el subjecte que el que percep no és un somni? En la «Quarta Meditació» (Descartes 1979) argumenta a favor de l'existència d'un Déu bo que ho garantiria. És a dir, que la veritat com a correspondència depèn, en darrera instància, d'un ens que té una voluntat de no enganyar. Depèn d'un desig.

Si és així, si depèn d'un desig, vol dir que el desig podria ser un altre, la veritat podria ser una altra. Obrir aquesta possibilitat duu lògicament al que va formular Nietzsche: amb la proposta de la mort de Déu (Nietzsche, *La Gaya Ciència* 2002, af. 127) assenyala

el camí de la pluralització de la veritat que obre pas al concepte de discurs, paradigma en què es troba la contemporaneïtat.

Podríem dir que en aquest punt se separen realitat i veritat – epistemologia i moral – que fins aquell moment eren identificades entre si a causa de la garantia que en donaven les Idees o Déu.

Amb el Wittgenstein de les *Investigacions filosòfiques* (Wittgenstein, *Investigacions filosòfiques* 1997) varem assistir a la presa de consciència que llenguatge i pensament són la mateixa cosa i que el llenguatge no remet a la realitat sinó a la veritat que té a veure amb el seu ús. La definició de veritat com a producte de proposicions sorgeix de Wittgenstein. En el *Tractatus* va plantejar que definim allò veritable i allò fals en termes de lògica proposicional: «La proposició es un model da la realitat tal com la pensem... .. els límits del meu llenguatge signifiquen els límits del meu món» (Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus* 2003).

Rorty ho plantejà d'aquesta manera:

S'ha de distingir entre l'afirmació que el món està allí a fora i l'afirmació que la veritat està allí a fora. Dir que el món està allí a fora equival a dir que la major part de les coses que es troben en l'espai i el temps són els efectes de causes entre les quals no figuren els estats mentals humans. Dir que la veritat no està allí a fora és simplement dir que on no hi ha proposicions no hi ha veritat, que les proposicions són elements dels llenguatges humans i que els llenguatges humans són creacions humanes (Rorty, *Contingencia, ironía y solidaridad* 1991).

Foucault pogué establir una teoria dels discursos en la qual la veritat és inherent a cada discurs i és el discurs – lligat a un sistema de poder – qui la determina implícitament.

[La veritat és el] conjunt de procediments reglats per la producció, la llei, el repartiment, la posada en circulació i el funcionament dels enunciats. [La veritat] està lligada circularment als sistemes de poder que la produeixen i mantenen i als efectes de poder que indueix i que l'acompanyen (Foucault, *Verdad y poder* 1999).

És a dir: no hi ha veritat inherent a cap saber sinó que la veritat ve determinada pel poder des de cada discurs. Potser és amb aquest autor que assistim a la fragmentació definitiva de la veritat: ja no hi ha la veritat, hi ha veritats.

El següent avenç en aquesta qüestió el localitzaria en l'aproximació de Lacan que introdueix el gaudi dins del discurs. Foucault rebutjava el subjecte com a productor del discurs, era el discurs qui produïa el subjecte. En la manera de concebre-ho de Lacan, no és el poder de l'amo qui decideix la veritat, sinó que és el lloc del gaudi en cada discurs el que constituirà el lloc i el mode de concebre la veritat.

Al *Seminario 17*, Lacan revisa Wittgenstein per repensar la qüestió de la veritat. D'ell recollí l'idea que no es pot pensar sense la lògica proposicional i la va fer equivaler al significant (Alvarez 2004). Però, assenyala Álvarez, no confon com Wittgenstein veritat i realitat sinó que fa correspondre la veritat al sentit – efecte de llenguatge – i la realitat a l'objecte, a la vida. És per això que un significant pot designar un fet del món com a veritable en tant que està en l'àmbit del sentit, però no podrà anomenar la veritat com a tal ja que aquesta està per fora de tota proposició.

Amb Lacan la veritat es relaciona amb el que anomenà objecte (*a*), el que es desprèn materialment del que es diu, residu del llenguatge; allò que deia que es desprèn de la diferència entre S_1 i S_2 . Ja des de l'inici del seu ensenyament⁵⁵ – on indicava que potser la veritat és pot dir «entre línies», durant el recorregut – quan parla d'una veritat que es mostra –⁵⁶, i fins al final – quan parla de la veritat que només es pot «dir a mitges» – (J. Lacan, *El atolondradicho* 2012). No només hi ha moltes veritats, sinó que, en el discurs analític, la de cada u podrà ser només abastada en part (Fonteneau 1999, 149-150). Lacan aconsellava evitar «la confessió» en psicoanàlisi, que suposaria haver abastat la veritat del gaudi i donaria la idea d'una veritat innegable (Fonteneau 1999, 143-146).

⁵⁵ Per exemple en la «Introducció al comentari de Jean Hyppolite» on fa referència a la veritat i la mentida i les refereix a les «dimensions del discurs» i també assenyala que, en parlar, l'individu sempre topa amb dificultats per dir-ho tot. Aquestes dificultats per al Freud de 1920 prengueren el nom de *resistències*.

⁵⁶ En els *Seminarios 9 i 10* introduí la referència a l'objecte (*a*) i, a continuació, en el *Seminario 11* referí l'inconscient a l'acte en què es posa de manifest.

És a dir, el breu trajecte traçat mostra com l'home ha passat, de situar la garantia de la paraula en una *Idea* aliena al món sensible, a trobar la garantia de la paraula en alguna cosa interior al discurs mateix, en la seva relació amb l'experiència del cos. El camí entre aquests dos pols passa per l'aparició del coneixement, la introducció del desig de Déu, és a dir de la seva divisió, i des d'aquest punt la filosofia es veu abocada a la desaparició de Déu atès que el desig pluralitza, fa la voluntat infinita. Una voluntat que, a partir d'aleshores, només es pot atribuir al subjecte que la sosté. El gaudi queda exclòs de l'àmbit del coneixement.

El concepte de discurs que he desenvolupat a l'inici de la tesi permet pensar de quina manera l'home se situa davant de l'impossible de resoldre en cada discurs, és a dir, en cada manera d'organitzar el gaudi. És a dir, com sorgeix la veritat en cada estructura discursiva però en relació amb el gaudi. En aquest punt, podem veure que no és possible qualsevol veritat si no és exclouent el gaudi.

Aleshores s'introdueix un àmbit epistemològic diferent. La psicoanàlisi, com la filosofia, no són científiques, però no tenen un estatut epistemològic inferior a la ciència, sinó que són heterogènies. No disposem d'una veritat última que fonamenti el coneixement. Però, pel que fa a la psicoanàlisi, hi ha una veritat per a cada subjecte i aquesta no es pot tractar des del coneixement sinó des d'aquesta praxi que tracta el gaudi.

10.2.2. Una discussió dins les teories de la veritat actuals

No referiré les teories actuals de la veritat, no és des de la filosofia que en vull parlar, ens estem intentant aproximar a un problema essencialment clínic. Però el trajecte traçat m'ha permès situar que, avui en dia, l'àmbit on és discuteix al voltant de la veritat és l'àmbit de la inadequació entre llenguatge i vida. En aquest àmbit, i per poder plantejar el problema una mica millor, portaré breument les idees de Rorty i Habermas en la discussió que sostenen en el text *Sobre la verdad: ¿validez universal o justificación?*.

Per tots dos la qüestió de la veritat com a correspondència amb la realitat és negada d'entrada. No es tracta de trobar la correspondència entre llenguatge i món sinó d'arribar a acords *inter pares*. És una posició que també trobem en els comitès d'ètica assistencial, veiem que no estem lluny de qüestions que afecten la pràctica de la medicina. Com que es considera que no hi ha la possibilitat d'establir una veritat, es troba que l'acord és una sortida possible a la incertesa.

Pels autors, és l'ús del llenguatge el que fonamenta la realitat i no a la inversa.

Inclouré en aquesta lectura un altre text, *Regreso a la razón* de Toulmin, perquè els seus plantejaments són molt propers als que se sostenen entre alguns autors d'ètica mèdica actuals i ajudarà en el comentari.

Tant Rorty com Habermas parteixen de la no existència d'una veritat última que fonamentés tot el coneixement, per a tots dos són el llenguatge i l'acord social els que permeten donar per millors i vàlids determinats raonaments – tots dos són *coherentistes* –.

Ara bé, com explico a continuació, per a Habermas hi ha una aspiració a una comunicació ideal que permetria arribar a acords amb validesa universal. Rorty, ben al contrari, rebutja qualsevol idea de veritat i prefereix la de justificació.

Rorty sosté que l'home, més que tendir a la veritat, tendeix a justificar i justificar-se.

...el que els filòsofs han descrit com el desig universal de veritat es pot descriure millor com a desig universal de justificació... mai no sabrem amb seguretat si una certesa donada és veritable, però podem estar segurs que ningú no és capaç actualment d'invocar objeccions residuals, que tots coincideixen que mereix ser sostinguda (Rorty i Habermas, *Sobre la verdad: ¿Validez universal o justificación?* 2007, 11-12).

Davant d'aquesta manera de veure, Habermas espera trobar bons arguments o proves concloents sobre alguna qüestió que tindria validesa universal (2007, 37).

Rorty sosté que el més evitat per l'home és la incoherència, posant en dubte que sigui una tendència a la veritat el que mou els seus arguments.

Els pragmatistes pensen que el motiu pel qual les persones tracten de tornar coherents les seves creences no és que estimin la veritat, és que no poden evitar-ho. Les nostres ments no suporten la incoherència... (Rorty, *Contingència, ironía y solidaridad* 1991, 52)

És a dir, Rorty pren partit per una manca de sentit que l'home troba i que tendeix a cancel·lar. En canvi, en els arguments de Habermas hi ha un escorament moral: apunta a una possible «veritat» moral – no sembla que hi atribueixi un estatut epistemològic – i planteja que els seus pressupòsits són vàlids en una «situació de comunicació ideal no distorsionada» (2007, 46). Pel que fa a la comunicació es deu referir a aquella en què no hi hauria equívocs de sentit, que transcorreria plàcidament perquè res no entorpiria el sentit d'allò que és enunciat – per exemple no hi hauria una enunciació que fes dubtar de les intencions d'aquell amb qui es parla – i en la que, possiblement, el sentit seria sempre el de l'autor.

Podem criticar aquesta idea ja que si s'han de donar situacions ideals, aleshores és impossible justificar la veritat, per la senzilla raó que les situacions ideals no es donen en la vida. Només cal obrir qualsevol diari de notícies per veure com van els diàlegs entre nacions i dins les nacions mateixes. La veritat de Habermas no té en compte la influència de la vida.

Un altre autor que s'aproxima a aquest problema és Toulmin. Ell s'adona del factor de desviació que inclou la vida, però el contrabalança amb una noció que explicita amb paraules de Gass: hi ha «persones com cal» (Toulmin 2003, 195).

D'un conjunt de respostes la millor que Gass pot oferir és que «Les persones com cal ho perceben i es commouen profundament»

És a dir, en el punt on hi ha una manca de sentit, la cancel·la apel·lant a un argument moral que pressuposa un principi moral universal implícit que existeix en algunes

persones o podria existir en totes: ser «com cal». Ens podem preguntar si aquestes persones son les que pensen com ell.

Crec que és del mateix ordre el que identifica irònicament Rorty contra Habermas quan diu:

En un món que no tingues tasques més urgents que posar en escena experiments socials amb el propòsit de dirimir desacords filosòfics, la decisió entre el mode quasi kantian de Habermas de mirar la racionalitat i la moralitat i la meua manera quasi humeana podria prendre's després de veure el resultat de l'experiència d'entrenar una mostra gran de la nostra generació emergent per pensar en termes exclusivament humeans. La meua predicció és que aquests subjectes experimentals serien persones tant *decents* com el grup control – els que varen ser educats per entendre l'expressió «validesa universal» (Rorty i Habermas, Sobre la veritat: ¿Validez universal o justificación? 2007, 164).

En aquest paràgraf, que clou el text que hem pres com a referència en aquest apartat, Rorty expressa la idea d'una moral subjacent a cada concepció filosòfica, moral que no pressuposaria una superioritat en cap cas.

El que voldria posar de relleu ara és que podríem dir que en la vida hi ha mancances de sentit que obliguen l'home a posar paraules i també, de tant en tant, duen als homes a dialogar. Em sembla que la relació sanitari/pacient n'és una de les privilegiades; per tant, aquesta qüestió ens concerneix pregonament.

Rorty planteja la mancança com a motor del diàleg i no pretén trobar-ne una resolució permanent. Habermas apunta a un ideal que permet cancel·lar aquesta mancança. Estant d'acord amb la perspectiva de la falta com a motor, podem notar que, en la societat de l'excés – una societat que no inclou la pèrdua està condemnada a l'excés –, el diàleg està estructuralment impedit. Per tant, de nou una indicació clínica: per poder obrir una conversa amb qui pateix haurem d'introduir alguna falta. Aquesta podria ser la del nostre saber: podem posar una falta en el nostre saber per obrir les preguntes que convoquin el subjecte.

Toulmin, en l'altre text que he pres per abordar aquesta qüestió, s'adona que hi ha factors de la vida que poden interrompre o impedir les solucions desitjades, però en favor del sentit comú d'un *home com cal*, els esquiva:

Beure massa alcohol potser ens impedeixi caminar en la direcció que volem; però igualment aprenem que evitar tals excessos restaura immediatament la nostra capacitat de distingir la dreta de l'esquerra i actuar en conseqüència (Toulmin 2003, 226).

Suposo que en els casos en què no es possible deixar l'alcohol, es tracta de persones que no són «com cal». Quan s'apel·la als homes «com cal», hi ha una referència al propi gaudi com a l'únic vàlid i s'exclou tota altra modalitat, especialment les que aboquen a la pulsio de mort com passa amb els alcohòlics.

Respecte d'aquesta qüestió Rorty – al fugir de l'ideal que empari – sembla més convençut que no hi ha consideració raonada ni enraonada possible que permeti fer avançar un diàleg quan s'arriba als punts sense sentit, als punts d'origen del conflicte, al gaudi. És un punt del qual diu: «Potser ambdós haguem de recórrer a les armes» (Rorty i Habermas, *Sobre la verdat: ¿Validez universal o justificación?* 2007, 48-49). Apunta que el llenguatge no pot amb tot i que el límit té alguna cosa del cos com mostra quan diu que «el dolor no és quelcom lingüístic» (Alvarez 2004).

Aquest punt em sembla fonamental. Marca un moment de conclusió sobre el límit de la paraula i ens orienta per la qüestió que estic tractant, la de la violència en les consultes. Rorty planteja el punt en què es recorre a la violència en clau d'una discussió sobre la veritat i la seva difícil solució. Podríem traduir d'aquesta manera el que planteja: si les diferències en el gaudi són inconciliables, caldrà la violència per resoldre-les.

Hem d'assenyalar que els tres autors citats – i tots els referits en el recorregut sobre paraula i veritat – arriben als punts en què el sentit comú a una societat no és suficient per donar raó d'un problema i en aquest punt es remetent a una elecció de caire moral no fonamentada epistemològicament. Crec que així és en el cas de Habermas quan opta per acotar la seva perspectiva en un marc d'idealitat i també en el cas de Toulmin, que

s'inclina per considerar que hi hauria certa «normalitat» que permetria reconèixer la bondat i també un horitzó ideal d'harmonia. Per la seva banda, Rorty manté un marge d'incertesa i un límit a partir del qual no es pot justificar una posició.

És a dir, els dos primers autors estan de la banda del Nom del Pare i de la banda de la *normalitat* com a substitut del Nom del Pare en l'època de la pluralització de la veritat. No sabem què és *veritat*, però ens podem remetre a una *normalitat*. Podríem dir que la seva resposta correspon a un domini moral. En canvi Rorty, en remetre's a la incertesa, deixa obert el camp de l'ètica de la finitud i del poder del cos. Ell en diu «anar a les armes». Plenament en sintonia amb el nostre treball: en el límit de l'argument – o a falta de tot argument – el que queda és posar en joc el cos.

Em sembla que, després de tot el treball desenvolupat, puc dir que es tracta del límit del discurs, de l'impossible que el discurs conté i que es resoldrà amb una decisió: o la paraula de l'amo o la promesa de saber o el sacrifici de la histèrica o el fet de mantenir oberta la possibilitat d'un saber diferent. O, en el discurs capitalista, les armes, la violència.

Comptar amb l'impossible obre l'accés a la paraula i l'acte.

No hi ha *la* veritat, però no és possible qualsevol veritat: decidim la veritat. És una decisió presa abans de comprendre, no és una elecció conscient sinó forçada, deia Lacan. Només podem saber si l'assumim, després.

10.2.3. Saber i coneixement

Avançant en el terreny de la veritat, ara proposaria de centrar-nos en una altra distinció, la que es pot establir entre saber i coneixement (J.-A. Miller, *Elementos de epistemología* 1984). Quan parlo de coneixement em refereixo a un tipus de formalització del que es pot saber. Pot haver-hi diferents tipus de coneixement: el de la

ciència, el de la filosofia, el de la psicoanàlisi. I també hi ha allò que cap coneixement no toca però existeix. Per això podríem dir que allò que es pot *conèixer* ha de pressuposar o un *saber* total possible o la impossibilitat de totalitzar el *saber*. En el cas de la ciència cartesiana o newtoniana, hi ha la pressuposició d'un saber total al qual s'adreça el coneixement. No és així per a la ciència actual (Kline 1985), que reconeix que la seva és una creació, que els seus objectes no existeixen en la realitat sinó com a constructes que permeten abordar el que hi ha independentment d'allò que es diu⁵⁷.

Igualment la psicoanàlisi amb Lacan ja no pressuposa un inconscient tot escrit sinó que hi ha una creació que respon a un sentit no construït però que opera en la manera de viure⁵⁸. Un saber que no se sap, però que és de diferent registre al coneixement científic perquè no s'orienta si no és per l'experiència del subjecte en el seu tracte amb l'analista.

Rorty abandona totalment la idea d'una referència a la veritat i es conforma amb la justificació reeixida, segons consens, com a criteri de validesa d'una idea. Però s'adona que hi ha un moment a partir del qual la justificació no és possible i en aquell punt conclou: potser hauríem de passar a les armes. És a dir, remet a una defensa que rau en alguna cosa que duria a la vida: la baralla. Efectivament, la baralla és la vida quan ningú no cedeix.

Habermas manté un horitzó d'enteniment possible ideal, unes condicions ideals de diàleg. Pel que fa a Toulmin, en darrer terme remet a l'harmonia universal. En tots dos es tracta d'un desig, una esperança, un marc d'harmonia en l'horitzó del saber que no és res més que la suposició d'un ordre superior que es distingeix del que asseguraria Déu i no es veu perquè hauria d'estar assegurat. És un salt injustificat.

Em sembla que podem dir – semblantment al que deia Rorty⁵⁹ – que el fet que d'ordres, n'hi hagi tants demostra que els humans tendeixen a endreçar per donar sentit, no demostra res de l'univers.

⁵⁷ *El que hi ha independentment del que es diu* podria ser una definició del real del que parla Lacan.

⁵⁸ A la pàg. 152 del seu *Seminario 11*, trobem l'afirmació de Lacan que «la transferència és la posada en acte de la realitat de l'inconscient».

⁵⁹ Pàgina 252 d'aquesta Tesi

L'altre prejudici que Toulmin situa en el límit del saber és el de *l'home com cal*, un home relativament normal. Suposo que es refereix a una certa comunitat de sentit que indicaria el que s'ha de pensar o fer en determinades situacions. No és un argument epistemològic, és un argument moral. *Normal* ho era Eichman com sabem després de Hannah Arendt (Arendt, Eichmann en Jerusalén 2012).

En definitiva, per a Habermas i Toulmin cal un referent per justificar la validesa d'un enunciat: l'acord orientat per l'ideal que permet un criteri moral universal segons Habermas, l'horitzó de l'harmonia universal que qualsevol home de bé reconeix i aprecia segons Toulmin. Rorty, contràriament, admet la impossibilitat d'accedir del tot a la veritat, nega l'existència d'un referent. Per a ell l'origen el marquen els axiomes i el seu axioma és el rebuig de la crueltat com a fonament del liberalisme⁶⁰. Fonamenta el seu edifici teòric en una exclusió de gaudi i això l'orienta. I orienta el seu discurs fins el punt en què veiem que allò exclòs en l'origen és el que retorna en les conclusions: exclou la crueltat, retornen les armes, formes de violència totes dues.

Podríem convenir amb ell que el llenguatge no conté cap veritat però assenyalant que, contràriament, la paraula – llenguatge encarnat – arrossega amb ella el gaudi creant la experiència de la veritat.

La psicoanàlisi ens permet pensar que, no havent-hi la possibilitat d'accedir a una veritat definitiva, universal, els acords es produeixen en relació amb un referent que orienta en el sentit d'alguna veritat. Aquest referent no és exterior sinó interior al subjecte. Això no el fa menys vàlid epistemològicament (A. Teixidó, El estatuto epistemològic del psicoanálisis 2010).

Podem pensar si l'home «com cal» és aquell que s'avé a la manera d'organitzar el gaudi en una determinada societat i que això permet l'entesa en el seu interior. És necessària certa comunitat de gaudi per conviure, però sempre hi ha singularitats individuals i

⁶⁰ Que Badiou nota com axioma negatiu segons indica Álvarez en l'article «Verdad y crueldad».

això genera malentesos i desacords que s'hauran de resoldre. El llenguatge és una via de solució. L'acte, una altra.

Em sembla important precisar que en tots els casos m'estic referint als límits del coneixement, no al seu desenvolupament quan les condicions de possibilitat estan fixades.

El coneixement científic s'aplica a una causalitat del tipus *si A, aleshores B*. El coneixement de la psicoanàlisi s'aplica a l'elecció, és a dir: *si escollirem A o no A* i, també ens referim a la situació en què es pot dir: *i B té aquestes conseqüències en la vida*. És l'àmbit del desig.

10.2.4. Els subjectes del desig

En aquests límits, el que hi trobem, sempre, és els subjectes que sostenen cada mode de coneixement. Per això em sembla que és important distingir la ciència, la filosofia i la psicoanàlisi – com a modes de coneixement – del científic, el filòsof i el psicoanalista – com a subjectes –. Com a disciplines són les que l'home ha inventat i permeten una manera de saber, de fer i d'estar al món que és la nostra i que han permès grans avenços. Cada disciplina, cada mode de coneixement dota l'home de la possibilitat de conèixer aspectes diversos de la realitat. La ciència, la filosofia, la psicoanàlisi aborden diferents àrees de la vida i en permeten un millor maneig. Cada una té els seus límits, arriba a punts en què la disciplina que tracta no pot donar raó de fenòmens que, no obstant, pot percebre.

La ciència requereix l'exclusió del subjecte com a condició del seu treball (J. Lacan, El Seminario 15. El acto psicoanalítico Inèdit, lliçó 20/03/1968). És per aquesta via que ha aconseguit els seus grans avenços. El problema seria no adonar-se que, del subjecte com a tal, tot i que el percep, no en pot saber res pels propis medis científics.

D'altra banda el científic, el filòsof i el psicoanalista – com a subjectes – no poden sostreure's del seu desig, que els orienta en les decisions que han de prendre. El punt en què ja no hi ha més arguments, qüestió que s'esdevé, no es resol amb les armes: es resol sempre amb una decisió i, com a tal, el camp en què podem tractar-lo és el de l'ètica. Quan algú ha de decidir, el fet que aquest algú sigui un subjecte, una assemblea democràtica o un comitè no canvia el fet que es tracta d'una decisió. Una decisió que duu a una elecció i que, per tant, sempre implica una pèrdua.

Les decisions es prenen en l'origen i en les conclusions com actes ètics, un cop preses s'han determinat les condicions de possibilitat del discurs. És d'ordre ètic el que fa que Rorty decideixi que no hi ha veritat definitiva i pensi en les armes com a solució o el que fa que Habermas desplaci la veritat de l'ordre epistemològic al moral.

10.2.5. La resposta del professional

Això ens condueix al fet que, davant de determinades qüestions, com les incerteses pròpies a qualsevol tractament mèdic però també i especialment les pròpies del tracte amb el pacient, el metge haurà de prendre decisions i enfrontar-se a la incertesa del resultat. Però això, com veiem, no es podrà fonamentar totalment en la seva disciplina professional. Quan s'arriba al límit del que el seu àmbit de coneixement pot dir, cal que assumeixi una decisió. Aquest és el seu acte. Això ens aboca a la possibilitat d'una mala resposta, o una resposta errònia, la qual durà a una mala solució. En medicina, les respostes tenen conseqüències sobre la vida dels altres.

Ja ho hem dit: en la medicina d'avui s'elimina la decisió personal del metge. Els motius són fonamentats: el metge podria escollir els seus prejudicis per orientar-se; podria abusar del seu poder; hi ha en joc la vida d'un altre. Però, i això és un problema, en la mateixa operació d'eliminar la decisió personal, el metge sembla quedar eximit de responsabilitat moral de la decisió que, en tot cas, s'ha de prendre.

Com indica Macario Alemany (Alemany 2011, 752), hi ha alguna cosa de la responsabilitat del metge que es trama quan hi ha decisions en joc. Crec que hem de plantejar la pregunta: potser es pot sostenir alguna cosa d'aquesta responsabilitat sense fregar el paternalisme i sense caure en el subjectivisme? Com respondre de la confiança?

El model actual en medicina, que intenta evitar al màxim els errors per tal de millorar la precisió, acaba exclouint l'acte del metge, la seva decisió. Intentant evitar la pèrdua amb protocols i llistats de respostes correctes, acaba fent fora l'autonomia del seu acte. I si bé no diré res sobre l'aplicació del protocol en les qüestions més «tècniques», sí que tinc coses a dir en l'aplicació del protocol en les qüestions del *tracte*.

M. A. Broggi introdueix la distinció entre *tracte* i *tractament* en la pràctica de la medicina (M.-A. Broggi, *Tracte i tractament en la pràctica clínica. Per una mirada més enllà de la malaltia* 2006). Explica que els metges s'han anat centrant en el tractament i han descuidat les qüestions que es refereixen al tracte. Com ja he dit en altres moments de la tesi, en psicoanàlisi, les qüestions del tracte les tractem amb el concepte de *transferència*.

10.3. EN EL LÍMIT DE LA PARAULA: SILENCI I ACTE

Ho recordo perquè és precisament en el punt on s'arriba al límit del que el coneixement pot dir – quan el tractament no pot fer-hi res més – que les qüestions del tracte prenen més importància, que sorgeix la transferència (J. Lacan, *Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud* 1997). És a dir, quan s'arriba al límit de la paraula, hi ha alguna cosa de la persona del metge que és important.

En el límit de la paraula, dèiem, hi ha el silenci. En aquest silenci, el subjecte troba alguna cosa de la veritat que s'escapa entre paraules.

Per a entendre aquest silenci, ens hem de situar en el territori silenciós de la pulsio i de l'acte. Territori on l'home que pateix no té les paraules immediatament a disposició sinó que les trobarà mediatament, és a dir, amb la mediació d'un interlocutor que

s'avingui a encarnar el silenci en el seu cos, amb la seva presència, per tal que qui pateix pugui anar dient les paraules que l'assossegaran.

Del cos surt una empena poderosa que necessita ser significada i que ho pot ser des de l'universal o recollint els elements singulars en joc; però sempre caldrà que el subjecte s'ho apropiï, és a dir que, encara que s'aculli al universal, ho farà a la seva manera. En tots els casos hi ha marques singulars que fan la diferència de cada cas. Les marques són aquelles paraules o aquelles experiències que han tingut un impacte en el subjecte i queden gravades en la seva manera de fer i en algunes paraules escollides, que es repetiran.

El silenci de la conversa analítica té com objectiu deixar pas al *dir* singular del pacient sobre allò que només ell pot conèixer perquè forma part d'allò diferent de la seva vida en relació amb les vides dels altres.

La psicoanàlisi és una pràctica de paraula però, sobretot, una pràctica de silenci. De fet, és una de les crítiques majors que es fan als psicoanalistes avui dia i un dels motius del menyspreu de la seva pràctica. El que no se suporta del psicoanalista és el seu silenci, perquè fa palès l'impossible de dir. Convè saber que si es fa, es per aconseguir fer dir millor el possible, fent recular una mica l'impossible.

He començat aquest capítol determinant la distància entre la paraula i el cos com una frontera/abisme de silenci. Així doncs, aturem-nos un moment per explorar aquesta zona.

Distingirem dues classes de silenci: callar i guardar el silenci, que són la traducció que proposo al *taceo* i *sileo* llatins (J.-A. Miller, Silet 1995) per al nostre cas.

10.3.1. Callar

Les paraules són insuficients per anomenar-ho tot. També els diferents àmbits de coneixement són impotents per fer-ho. Des de la psicoanàlisi no es pot explicar un concepte físic. Des de la matemàtica no podem donar raó de l'impuls poètic.

Convé reconèixer que la llengua és impotent per dir-ho tot i convé enfrontar-se a la castració lingüística (Fonteneau 1999, 91). No és la posició del discurs mèdic del capitalisme: avui es pretén que el metge sàpiga donar raó de tot el que presenta un pacient amb eines purament tècniques i farmacològiques, i també que tingui una paraula justa per a cada malestar. I, si no, que podrà derivar el pacient a un altre professional i que la suma de totes les disciplines que intervenen acollirà la totalitat de sabers necessaris. Tot el que se surt del que es pot respondre amb això serà considerat no mèdic i, per tant, no susceptible d'atenció. Per exemple, l'ansietat causada per un problema de relació personal. O bé es medica o bé es deriva a un altre professional. Però quan un home va a les urgències perquè no pot dormir després d'haver-se separat de la seva parella i malgrat prendre la medicació, a qui correspon de tractar-lo? Crec que estem en un límit de la disciplina del metge, en una zona en què el coneixement mèdic no té resposta però que està al llindar del que tracta. Vol tractar-ho?

Vull aclarir que tractar-ho també pot ser derivar-ho, però no com a tràmit sinó com a acte (Tarrida 2016) (Arasanz 2016) (Velado 2016) Si vol, haurà d'entrar en una zona on s'imposa el silenci, perquè, és cert, no li han ensenyat a manegar aquestes situacions. Però si en sabés, també hauria de callar.

Com ja he dit, considerarem dues classes de silenci: callar i guardar el silenci. El primer silenci: callar, deixar de parlar per permetre parlar a qui ha vingut a demanar alguna cosa. Reconèixer que ni el professional, ni els coneixements que li dona la seva disciplina, no permeten conèixer què li passa al que ha vingut, per què això el fa patir i què espera del tractament. Per obrir l'accés a una veritat que no és la de la ciència, convé callar. Convé callar, després de preguntar. Cal obrir un treball al voltant de la

demanda del pacient: esbrinar per què ha vingut a consultar, què l'hi ha empès, què espera del practicant, quin tipus d'ajut se li pot oferir.

Obrir el treball de la demanda, no per respondre-la i clausurar-la si no per obrir l'espai del desig que alleuja. Aquest és també un treball que orientarà el professional en les respostes possibles i per saber si pot ajudar i de quina manera al que ha vingut a veure'l. Sorprenentment, el professional observarà que sovint, el sol fet d'obrir el silenci amb algunes preguntes és terapèutic.

10.3.2. Guardar el silenci

Al segon tipus, proposo d'anomenar-lo *guardar el silenci* en aquest treball. Val a dir: vetllar pel silenci, no en si mateix, sin per afavorir una millor expressió del pacient amb la paraula. Intentaré explicar per què.

De vegades el pacient calla i aquest silenci s'ha de poder respectar.

És el silenci de Wittgenstein? Si Wittgenstein va decidir callar, va ser per preservar el sentit d'una totalitat, d'un absolut que el llenguatge no podia tocar. Lacan plantejà una torsió de Wittgenstein en la psicoanàlisi introduint-hi no el subjecte del llenguatge sinó el subjecte *al* llenguatge amb l'expressió «llenguatge que ens empra» (Fonteneau 1999, 21) (Alvarez 2004). Ja no és qüestió de l'ús que se'n fa sinó que n'estem fets. Per tant, el llenguatge porta alguna cosa de la identitat (Fonteneau 1999, 21), d'allò més propi. I aleshores el silenci forma part de la trama de la paraula.

Quan el pacient calla, és perquè hi ha alguna cosa molt difícil d'anomenar, és que s'apropa al més veritable de la seva experiència (Fonteneau 1999, 28). Quan el malestar se situa en el cos i el pacient va al metge esperant una resposta que aquest no pot donar des de la seva disciplina, si al metge li sembla que hi ha algun patiment que convé que sigui atès, convé fer parlar el malalt, perquè la pulsio silenciosa l'empeny a

consultar-lo, i posar paraules donarà canalització a allò que només s'ha sabut fer arribar al metge.

Quan un patiment molt intens duu a consultar i la conversa revela que alguna cosa de la identitat del subjecte hi està en joc, pot ser que aquest calli perquè les paraules no acudiran o, si acuden, no gosaran ser pronunciades. Alguna cosa necessita obtenir sentit. En un altre registre, quan el metge no pot fer res més per a un pacient i pot ser que aquest mori, les paraules del pacient no seran sempre ràpides i, si ho són, no seran fàcils. El metge mateix, té les paraules a disposició per dir una notícia tan dolenta? El pacient pot agrair el silenci del metge quan aquest serveix a la pausa necessària per trobar les millors paraules.

Quan el pacient calla però necessita parlar són moments en què el que es juga és la presència del professional. Són els moments on la transferència es pot manifestar i convé no interpretar aquests moments, convé guardar el silenci o preguntar una mica, lleument, per animar a continuar parlant. Són moments en què la presència de l'analista – o del metge – es fa més palesa i on es juga el seu desig, que ha de restar buit per poder maniobrar.

El silenci del que es tracta en medicina, el silenci davant el patiment, és un silenci que ha de donar pas a la paraula tancada en el patiment del cos. Val a dir: és un silenci de la presència del metge que correspon a la dignitat del patiment del seu pacient. El pacient calla, però no està refusant parlar, és que el patiment no troba una forma simbòlica d'expressar-se.

Poder-ho sostenir implica poder fer-se càrrec que la pròpia presència és important perquè el pacient transferirà la càrrega afectiva que va amb les paraules al professional que l'escolta. Implica doncs cert domini – que és un *no domini* – del propi cos, de l'estar quan no es té cap objecte a disposició per oferir.

Significa poder fer existir com a frontera l'abisme que hi ha entre el cos i l'Altre, entre el cos i les paraules. Poder fer existir (*a*) com a frontera, un lloc on el metge no té la paraula que caldria per així poder deixar que el pacient digui alguna cosa d'allò que no troba nom.

Aquest silenci del professional convoca l'enigma que permet la transferència com a eina efectiva de l'operació psicoanalítica. És un silenci que convoca la paraula que apunta al cos d'aquell que el psicoanalista atén.

Però serà una veritat dita a mitges. Millor que hi falti alguna cosa per poder continuar, per mantenir oberta la zona abismal ja que, com espero haver mostrat, és d'aquesta zona d'on sorgeixen el malestar i la violència, però també la creació sublim i els símptomes amb els quals cada u podrà trammar la seva vida. El silenci de què parlem es trammarà amb una veritat però, en si, no apunta a la veritat sinó al *real* (Fonteneau 1999, 206 i ss.).

Què s'ha de fer, doncs? Hi ha moments en què no convé que el professional parli massa i cal que, en canvi, ajudi a parlar al pacient.

Callar en dues modalitats, per poder introduir i animar la conversa, no és una actuació protocol·lària. No es fa sempre ni perquè si. Correspon a l'àmbit de les decisions que el metge ha de prendre. Per això introduïxo ara la qüestió de les eleccions des de la perspectiva de l'acte.

10.3.3. L'acte

En l'exercici de la Medicina, quan un malalt tria el seu metge, diposita en ell tota la seva confiança i, al mateix temps, el metge, en acceptar el malalt, admet la total responsabilitat del diagnòstic i del tractament que proposa.

Però, un aspecte important de tota decisió – diagnòstica o terapèutica – rau en el fet que no sempre el metge fonamenta aquesta decisió en una certesa absoluta, sinó que, molt sovint, té dubtes.

En escollir la seva decisió, exerceix el que hom entén per responsabilitat del l'acte mèdic
Comitè d'experts del G.A.P.S. Col·legi de Metges de Barcelona
La responsabilitat de l'acte mèdic

Freud va distingir l'acció del pensament, els va anomenar procés primari i procés secundari respectivament. Per a ell l'acció era un procés inferior a l'elaboració possible amb el pensament. Veurem que l'acte no ho és, d'inferior; contràriament, s'equipara al pensament i fins i tot el supera.

La distinció entre procés primari i procés secundari (Freud, Formulations sobre los dos principios del acontecer psíquico (1911b) 1986) ens interessa molt per al treball que fem, per tant ens hi detindrem un moment: el procés primari és l'acció, l'actuació: davant de qualsevol impediment respecte al que es vol satisfer, actuar és el que correspon a l'impuls del subjecte. Quan la pulsio empeny, el que sorgeix és una actuació destinada a descarregar la tensió i igualment, quan un obstacle apareix enmig del camí, és l'actuació el que l'en aparta. Però si apareix un impediment a l'actuació, aleshores cal pensar. Aquest és el procés secundari. El procés secundari mostra que en el procés primari hi ha una lògica regida per processos inconscients i dirigida a obtenir satisfacció immediata. L'acte se situa en aquest registre de l'acció que es deté però, al mateix temps, no és de l'ordre del pensament. No és acció i no és pensament però està a l'alçada del pensament perquè està en el lloc de la descàrrega immediata que suposa l'actuació.

Així tindríem la distinció entre una actuació, que pot no ser res més que una descàrrega o un moviment que no implica res essencial, i l'acte, que suposa la realització de quelcom. Però, encara més, Lacan donà a l'acte la capacitat creadora. És a

dir, el que es realitza en l'acte pot no estar en lloc en potència sinó que es una creació *ex nihilo*. L'acte suposa una decisió del subjecte, decisió que no és raonada d'entrada sinó que conté una lògica que es pot trobar retroactivament.

En la pel·lícula *Tren nocturno a Lisboa* (Irons 2013) el personatge Gregorius Mundus, de cinquanta-set anys, deixa les aules on treballa des de fa quaranta dos anys, travessa la rutina de tota la vida i se'n va per no tornar més vers un recorregut que traçarà la lògica de l'acte que acaba de realitzar. Quan ho fa, tot just acaba d'entrar a l'aula després d'un encontre fortuït que l'ha impressionat; en la novel·la que inspira la pel·lícula trobem aquesta pregunta:

Es podria dir que el que li va succeir durant el quart d'hora següent era una decisió? Aquesta pregunta Gregorius se la faria més tard una vegada i una altra, però mai en va estar del tot segur. Ara bé, si no era una decisió, aleshores, què era? (Mercier 2008, 22)

De moment només actua. Posa un peu davant de l'altre, se'n va. No sembla haver-hi un pla en el que fa i, de fet, no es pot dir que hi hagi una predeterminació. Però al final de la pel·lícula, en quedar construïda la trama dels fets, es desvela la seva lògica, es desvela que posar un peu davant d'un altre i pujar al tren va ser un acte. Es veu com la presència de la mort en l'intent de suïcidi que ell atura desencadena la puixança per una vida que només trobava sentit en l'afirmació d'un ésser *avorrit*. L'acte li permet de travessar aquesta concepció de si mateix a través d'una sèrie de fets que s'encadenaran lògicament al final.

L'exemple *princeps* de Lacan pel que fa a l'acte és el de Cèsar quan va creuar el Rubicó. Però el Rubicó és un rierol, es molt fàcil de creuar; què li dona l'estatut d'acte al fet d'haver-lo creuat?, què fa que tingui algun valor?

Que era un límit, que marcava el llindar on l'Altre havia imposat la seva voluntat de poder i el Cèsar superava aquell llindar. La nit anterior la va passar entre dubtes importants, converses i angoixa. Després, va avançar més enllà del llindar determinat en la relació, va implicar el seu desig i va arriscar-ho tot.

Tothom sap que el Rubicó és un rierol que no presenta cap dificultat en ser travessat. Però si tenim en compte la naturalesa del pas que ell va franquejar podem pensar que en realitat era un abisme. L'acció de posar un peu davant de l'altre no s'equipara en res a la travessada del llindar que aquesta acció suposa. L'acte és la decisió i el gest de superar aquest llindar.

L'acte té un component d'aposta en què el que es juga és un mateix, ja que es fa des del lloc on un ha estat marcat, des del disc que duem a l'esquena si prenem l'exemple dels presoners de Lacan. Com es veu a la novel·la *Tren con destino a Lisboa*, en què l'entrada de la mort en la partida fa sorgir la pregunta des de la marca del seu ésser *avorrit*.

L'acte implica un franqueig i inaugura un ordre diferent que no es prefigurava. L'àlgebra, abans de la seva invenció, diu Lacan, on estava? I els nombres transinfinitos abans de Cantor? (J. Lacan, El Seminario 15. El acto psicoanalítico Inèdit, lliçó 15/11/67) I, podríem dir, una criatura humana que neix a la vida, on era, abans de ser concebuda? On era la relació del metge i el seu pacient abans del seu encontre? On era el que sorgeix d'una psicoanàlisi duta a terme? Però l'acte no és l'acció, sinó l'operació que permet aquest sorgiment.

L'acte en psicoanàlisi, i podem afirmar que en medicina, mai no té lloc fora de la transferència (J. Lacan, El Seminario 15. El acto psicoanalítico Inèdit, lliçó 29/11/67), no hi ha acte del professional si no hi ha transferència. La naturalesa de la transferència, de l'acceptació de la mateixa, dota el professional de molt de poder i, per tant, de responsabilitat davant del pacient. La transferència possibilita l'acte perquè en la transferència es dona el lligam de l'afecte necessari. El pacient diposita el patiment i la seva manera de fer inconscient i el professional n'haurà de respondre alguna cosa. Com hem vist en el capítol del passatge al acte, la maniobra de la transferència té a veure amb una renúncia.

En una anàlisi, hi ha actes que es podrien considerar «generals», com l'apertura o el final, però no són protocol·laris perquè mai no es donen en el mateix moment ni de la mateixa manera.

El primer acte de l'analista és la renúncia a imposar la seva manera d'entendre la vida. En això s'equipara al metge de la bioètica i la renúncia del paternalisme. Però, encara més, renuncia a tota manera d'entendre la vida, renuncia a la veritat de la ciència, a la normalitat i al consens. Renuncia per això a qualsevol mena de suggestió. Aquesta renúncia té naturalesa d'acte perquè no es pot realitzar mai protocol·làriament, per això no es fa en tots els casos ni en moments predeterminats.

El metge en la medicina aposta per la salut com a valor. Això, que correspon a la posició del metge, es pot jugar de moltes maneres, i diverses, segons el pacient i el moment o es pot fer valer de manera protocol·lària, igual per a tothom. Mentre les coses funcionen, no ens sentim inclinats a preguntar-nos-en res. El problema sorgeix quan es troben pacients que no responen a la moral de la bona salut: l'incomplidor, el que falta a les cites, el que fuma, l'obès, l'alcohòlic, l'anorèxic... Pot molt ben ser que en algun cas sigui necessària la intervenció del psicoanalista, però el metge, l'infermer, el fisioterapeuta... què poden fer quan el pacient els consulta a ells? Com han de respondre? No demanem al metge que abandoni del tot l'orientació a la salut, però en aquests punts, si el metge s'aferrissa a la salut pot obstaculitzar la intervenció possible i potser convé afluixar una mica l'ideal.

I és que, com sabem, tots aquests pacients acudeixen a consultar al metge, malgrat tot, i de vegades per aquests precisos símptomes que no poden abandonar. No van al psicòleg ni al psiquiatre, és del metge de qui esperen alguna cosa. Aquí és on convé passar al registre de la transferència dins de la medicina.

Com afirma Ginette R.: en qualsevol acte mèdic es juguen aspectes transferencials. Que tot vagi bé no vol dir que no hi siguin.

Descobrirem sense sorpresa que aquestes històries autènticament somàtiques comportaven una vessant relacional d'una molt gran riquesa (Raimbault 1973, 23)

El que passa és que els casos difícils són els que ens obliguen a investigar i ens ajuden a percebre millor l'estructura del que està en joc. I, com indica Lacan, és a partir de l'acte, que apunta a l'impossible de saber que es decidirà la veritat (J. Lacan, Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud 1997, 360) (J.-A. Miller, La acción analítica 2010) (J. Lacan, El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma 1997).

10.3.4. La cadira del metge

Avui dia la relació assistencial es reparteix entre els professionals que en comparteixen la tasca. A més, el nombre i tipus de professionals s'han ampliat. Si abans el mitjà sanitari era format per metges i infermers, avui trobem els auxiliars d'infermeria però també psicòlegs, treballadors socials, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes, logopedes i fins i tot voluntariat. Tots ells s'interessen per les qüestions que tenen a veure amb la relació amb el pacient. Però voldria aclarir que el meu treball s'adreça específicament als metges, al menys la meua pregunta. Perquè em sembla que, un cop aportats tots els coneixements de les altres disciplines, segueix havent-hi allò que no es pot tractar i, habitualment, se li demana al metge, que en doni resposta.

Jordi Gol definia la cadira com «el millor instrument del metge» (Morlans 1994, 12). «Cadira per seure i escoltar. I també per poder parlar sense presses».

La meua experiència clínica em mostra que, sovint, els pacients que visito a l'hospital troben a faltar la cadira del metge. Fins i tot amb aquells metges més ben disposats i més proclius a la conversa amb el pacient, he escoltat pacients que manifesten sentir la falta d'una conversa. Hi hauria una part d'aquests pacients que, sens dubte, són persones difícils d'aconterar i sempre troben a faltar quelcom i imputarien al metge això que falta – és a dir, en fan transferència al metge –; però, en altres casos, he trobat

que, certament, faltava una mica més de cadira del metge. En tots aquests casos, valdria la pena aturar-se.

La psicoanàlisi és una pràctica de cadira.

Lacan es preguntà per l'acte pensant a poder dir alguna cosa de la naturalesa de l'operació psicoanalítica: com és que intervenint amb paraules hi ha efectes en el cos, en la manera de fer, en la vida, en les coses que diu el pacient? Què és el que provoca això? Hem delimitat que la pràctica de la paraula no és només parlar, també és callar i també inclou una altra derivació de la pulsio: l'acte. Vegem alguns exemples que podem donar des de la psicoanàlisi.

A l'hospital vaig atendre una dona d'uns 60 anys que cuidava la seva mare malalta, ingressada per una demència terminal. Parlava de la seva dificultat a deixar la seva mare un sol moment i que, quan ho feia, la culpa l'oprimia. En el seu relat, va utilitzar una expressió curiosa: *no tinc una germana, i els germans no estan per aquestes coses, per això em sento obligada a cuidar-la*. Hi ha una manera estàndard d'entendre aquesta afirmació; es pot entendre que es queixava de ser l'única dona de la fratria, és una queixa comú entre les filles úniques entre germans mascles. Però vaig optar per no acollir-me a la comunitat de sentit i li vaig preguntar *què vol dir que no té una germana?* Sorpresa, ella mateixa, es va remetre a la seva infantesa: quan comptava un mes de vida, va morir la seva germana de cinc anys i, arran d'això, l'obsessió de la seva mare era no separar-se d'ella. Aquest fet va marcar la seva relació. En una segona entrevista, explicà que es trobava terroritzada davant la certesa de la mort propera de la mare que el metge li havia anunciat – certament podia ser delicat – i es va poder plantejar que la seva vida s'havia orientat entre dos eixos: solucionar els problemes de la seva mare i no carregar els propis problemes a la seva filla – per no repetir amb aquesta el que la mare havia fet amb ella –. Valenta i decidida, pensava que havia pogut fer front a totes les dificultats de la vida, però ara, davant la possible mort de la mare, tenia por de perdre per primer cop. Li vaig dir que sí, que ella sempre s'havia posat al lloc de la pèrdua de

l'altre i que ara que venia una pèrdua per ella, no sabia com s'ho faria. Només sabia que no volia repetir el que la mare havia fet.

Va assentir preguntant-se a ella mateixa per què no havia intentat resoldre abans el problema de la relació amb la mare, s'adonava que en els darrers dies manifestava més la seva ràbia però que fins ara havia estat com assumir un destí en lloc de preguntar-se'n el perquè. *Doncs no vull viure així!* concludé.

Vaig donar un cop de mà a la taula i vaig afirmar: *doncs ha arribat el moment de plantar cara al seu destí!* La sessió havia estat tenyida de dramatisme però en aquest moment ella es va relaxar i va mostrar un somriús ample i assossegat. Vaig interrompre la sessió en aquest punt i també el tractament, oferint-me a atendre-la en altres moments si ho necessitava. No va tornar més, però vaig saber per les infermeres que començà a no venir més que puntualment al hospital per tal de vetllar per una bona atenció a la mare restant absent d'allí la resta del dia.

Em sembla que l'exemple mostra que les paraules pronunciades, el gest i la interrupció del tractament sancionen la decisió de la pacient de posar fi a una manera de fer i li permeten el canvi.

L'analista pot fer l'acte amb el seu cos, sense parlar. Suzanne Hommel explica, en una entrevista, una experiència amb Lacan, que era el seu analista:

Suzanne Hommel: Un dia, en una sessió, li estava explicant a Lacan un somni que havia tingut i li vaig dir «tots els matins em desperto a les 5 en punt», i vaig afegir «a les 5 en punt era quan la Gestapo (es pronuncia "yestapó") anava a capturar els jueus a les seves cases». En aquell moment, Lacan va saltar del seu seient, es va acostar a mi, i em va fer una carícia molt suau a la galta. La vaig entendre com un «gest a la pell» («geste à peau» es pronuncia «yestapó»), el gest...

Gérard Miller: Ell va transformar la «Gestapo» en «gest a la pell».

Suzanne Hommel: un gest molt tendre, s'ha de dir. Un gest extraordinàriament tendre. I aquesta sorpresa no va disminuir el dolor però el va convertir en una altra cosa. La prova és que ara, 40 anys més tard, quan recordo aquest gest, encara el puc sentir en la meva galta. Va ser també un gest que constituïa una crida d'humanitat, alguna cosa així. (Text extret del film *Una cita con Lacan* de Gérard Miller) (G. Miller 2013, minuts 17 a 18,30)

Aquest cas l'explica la pacient, això encara ens mostra amb més força la seva naturalesa d'acte, per l'efecte *a posteriori* que va tenir t en ella. Veiem que, en un moment on la pacient explica un intens malestar que toca el real en la seva vida, en lloc d'obrir preguntes i animar a explicacions que obririen l'espai de patiment, Lacan va traspasar el mur de paraules tancades, i potser impossibles, i va provocar la humanització d'aquell real amb un sol gest, una carícia a la galta. Gest a la pell que en francès es pot utilitzar com a significant que metaforitza: així ho va fer la pacient substituint [gestapó] per [gest-à-peau].

Igualment, el metge pot decidir que és millor no parlar en un moment determinat.

L'acte del metge és, en part, la seva particular manera de comunicar-se amb el pacient. El seu estil personal, les maneres que fa servir quan, a soles amb ell, ha de comunicar-li les males notícies, les bones i els canvis que hi pugui haver hagut en una malaltia o un tractament. És la manera d'encetar i acabar les converses. L'acte del metge també és el moment de prendre diferents decisions tècniques: quan ha d'optar per una prova o una altra, per una intervenció o una altra, o quan considera que ha de fer intervenir el pacient en les decisions a prendre. Finalment, i més important en aquesta tesi, també és la resposta que ha de donar quan no es pot donar el remei que cancel·laria la consulta del pacient. És una resposta que el compromet personalment i de la qual serà tan responsable com d'aquella que ha de donar quan respon pels seus medis. Però no parlo de responsabilitat jurídica, parlo de responsabilitat ètica. L'acte del metge té a veure amb seure a la cadira i parlar, però – quan s'hagi de fer - cada metge trobarà la manera i el moment amb cada pacient.

No és un valor en la medicina del capitalisme, però el metge es troba amb dificultats quotidianes que tenen a veure amb totes aquestes petites decisions que, comptades o no, configuren la trama del quotidià de la seva consulta.

L'acte no es coneix prèviament, ni es calcula, sempre es descobreix retroactivament. Ho he explicat al capítol del passatge a l'acte amb l'exemple del temps lògic que introduí Lacan.

10.3.5. El poder del metge

Per altra banda, l'acte ens confronta a la qüestió de l'autoritat i, per tant, del paternalisme i l'autonomia. Ens fa reflexionar sobre qui decideix. Avui en dia la decisió és un problema perquè suposa la imposició d'un per sobre de l'altre. La democràcia és un intent de corregir-ho. Els comitès d'ètica, també.

Com s'ha de fer perquè pugui haver-hi acte sense imposició? És pel que aposta la psicoanàlisi lacaniana o es tracta d'un altre cosa?

Igualment, convé reflexionar sobre la tirania de la *normalitat* que s'expressa a bastament en el text de Toulmin en què l'argument principal és «el que finalment tots volem...» sense adonar-se que *el que tots volem* significa l'exclusió del moment fundacional del discurs en què ens hem de moure. En aquest moment es tracta del que *només un vol*.

La llei i la bioètica ajudaran el clínic però, finalment, la decisió és seva i no hi haurà garantia del resultat. Perquè si s'ha de decidir, vol dir que el resultat no és segur. En base a què decidirà el metge? Com suportarà la soledat de l'acte i de les seves conseqüències? L'acte suposa sempre certa angoixa, no és sorgit d'un càlcul fred. Contràriament, no hi ha càlcul possible. Per això afirma Laurent que la ciència, avui, impedeix el sorgiment de l'acte, perquè amb l'acció massiva dels algoritmes no queda cap espai per a l'angoixa (Laurent, *L'avenir d'une illusion: le culte de la prévision* 2009). No es deixa espai a l'angoixa que sent el practicant en el moment en què no hi ha respostes.

Si un metge agafa la cadira i seu amb el pacient, no per protocol sinó perquè creu que aquell cas s'ho mereix, potser estarà fent un acte. L'acte del metge té a veure amb la seva influència personal i implica una decisió de la seva part. En Moisès Broggi, metge humanista, ho recordava en el discurs de resposta al nomenament d'acadèmic al seu fill Marc Antoni quan deia que «la influència personal del metge està passant a un segon pla» (M. Broggi 2006, 35-36). També voldria destacar els comentaris d'alguns metges que valoren la companyia al malalt com una de les millors disposicions del metge. En M. A. Broggi, cirurgià, hi dedica un capítol sencer del seu text «Per una mort apropiada» (M.-A. Broggi, *Per una mort apropiada* 2011, 47-77) i és una qüestió que transcendeix el capítol i recorre el text complet. A més considera que no només convé al malalt: al metge li va bé estar a prop del pacient per orientar-se... «Aquesta ajuda, com a mínim ha de comportar una presència i una clara disposició a mantenir un diàleg al seu abast. No només perquè ell ho necessita; també nosaltres el necessitem per tal d'adaptar-nos a la seva mesura, al seu món particular». Hi afegirà que «no és gens fàcil» (M.-A. Broggi, *Per una mort apropiada* 2011, , 43). Per expressar aquestes idees, en Marius Morlans, metge, va escollir la fórmula «fer costat al malalt». Són metges que han decidit amb actes que el que dona raó de ser a la seva disciplina és atendre el patiment del malalt en la seva expressió somàtica però també en la seva expressió més íntima. Aleshores el metge està responent a una demanda que no estava formulada en el motiu de consulta.

Lacan va dir que el que pot restituir la seva dignitat a la professió mèdica és fer atenció a aquesta demanda (J. Lacan, *Psicoanàlisi y medicina* (1966) s.f.). En el cas que ens ocupa, el de la violència contra els assistencials, produir una demanda pot ser essencial. Produir una demanda és el següent pas, però no perquè sí ni per disposar-se a atendre-la fil per randa, sinó per saber què és el que realment es trama en la visita del pacient i poder anar actuant en conseqüència. Es tractaria d'intentar saber de què es queixa el pacient i per què i de trobar la manera de recollir el conflicte susceptible de tractament.

11. LA DEMANDA DEL PACIENT

*La segona dimensió característica de la presència [del metge] en el món [és]
la dimensió ètica...aquella que s'estén en la direcció del gaudi.
Jacques Lacan, Psicoanálisis y medicina*

Com vaig sostenint al llarg de la tesi, davant del patiment, convé escoltar la singularitat en què els malalts expressen la seva manera d'estar en la malaltia. La del malalt que es té al davant en cada ocasió.

Però conversar no sempre és fàcil. La naturalesa del llenguatge humà, diferent de l'animal, fa que mai no trobem tancades les significacions. Les imposicions d'un tractament hospitalari, les ordres que donen els equips assistencials seran llegides en clau de *tenir cura* per part d'alguns pacients, en clau *d'indiferència* per altres o en clau *d'intentar perjudicar* per uns altres: cada pacient posarà el seu matís a aquestes i altres lectures possibles del mateix fet o del que ha estat dit.

Les informacions que es donen als pacients – i en general les informacions que circulen en la societat – no són un contingut estable que roman igual des que és emès fins que arriba al receptor. Hi ha molts factors en joc que dificulten el pas net: des de la complexitat de la informació donada, la capacitat d'expressar-se, la capacitat del receptor per processar-la intel·lectualment o el fet que cada u llegeix amb el seu gaudi, fins a la dificultat per processar-la perquè afecta el gaudi del subjecte.

El fet que a algú li diguin que no es curarà – sigui que la malaltia esdevingui crònica o que suposi la mort propera – afecta el projecte de vida del malalt, i les implicacions que aquest copsi poden ser immediates tot i que no les hagi elaborat. Com que ho copsa, tindrà una reacció, però com que no l'ha elaborada, pot semblar irracional.

Igualment, no hi ha estabilitat entre el que es diu en un moment donat i el que es diu en un altre moment: les respostes poden tenir efectes i anar modificant el que es percep, es fa i es diu.

No és suficient d'informar quan parlem de malaltia, cronicitat i mort. Però el mateix es pot aplicar al sexe: veiem com la informació al jovent no suposa la immediata aplicació dels consells donats; fins i tot que de vegades es fa el contrari del que s'ha indicat. Per què no fan servir preservatius malgrat que els coneixen i se'ls ha informat dels problemes que eviten?

El desig impregna la comunicació humana i la fa distinta de la matemàtica, en què el missatge seria unívoc. Com dèiem a la pàgina 129, una cosa és pensar el que volem dir i una altra és posar el cos per dir-ho i estar davant del cos d'un altre que ho escolta.

És per tot això que els professionals de la bioètica – lluny dels postulats d'una medicina que es pensa que és millor prescindir del subjecte – s'han preocupat d'obtenir models de conversa que preservin l'autonomia del malalt sense deixar-lo sol. Emmanuel i Emmanuel varen descriure els quatre models que han funcionat en medicina en relació amb quatre maneres d'entendre l'autonomia.

11.1. MODELS DE CONVERSA: EL PROBLEMA DELS PREJUDICIS

Per analitzar l'ús de la paraula utilitzaré el text «Cuatro modelos de la relación médico-paciente» (Emmanuel i Emmanuel 1999). Els autors proposen quatre models de relació entre metge i pacient articulats al voltant de diferents concepcions del principi d'autonomia. Cada un d'ells podria ser utilitzat segons el valor que es prioritzi més en diferents moments de la relació assistencial.

En el *model paternalista* el metge vindria a ser un tutor del pacient, i escull en tota ocasió. Aquest model duu implícita la creença en l'existència d'una veritat objectiva

comú a metge i pacient però a la que només accedeix el metge. Aquesta manera de fer aboca a la imposició dels valors del metge.

En el *model informatiu* el metge és un tècnic competent en la seva disciplina i «subministra» la informació pertinent al pacient perquè aquest pugui fer la seva tria. És un model que pressuposa que és possible una distinció neta entre fets i valors i també que pressuposa que els valors del pacient estan clarament definits i que el pacient els coneix. Aquest model condueix a l'aïllament entre metge i pacient.

El *model interpretatiu* col·loca el metge en posició d'interpret de les dificultats del pacient, a qui ajuda a conèixer-se millor⁶¹. Com també he indicat, els autors destaquen que té el risc que el metge pugui influir sense adonar-se'n i suggestionar el pacient cap als seus valors.

Finalment, en el *model deliberatiu*, que subscriuen els autors, el metge té el lloc de mestre o d'amic del pacient i conversa amb ell, lliurement, al voltant dels valors que més convenen a la salut. L'autonomia del pacient és un autdesenvolupament moral. Igual que el model anterior, pot caure en una deriva paternalista.

En la medicina d'avui, predominen dos d'aquests models, un més contractual que s'apropa al que Emanuel i Emanuel anomenen informatiu; i, entre els metges més afins als plantejaments de la bioètica, el deliberatiu.

El primer considera el pacient un subjecte autònom, també anomenat *usuari* perquè se'l considera com a client, no com a pacient; ofereix una versió de la relació metge/pacient en la qual ambdós serien subjectes iguals i en els quals els sentiments no influeixen. El segon considera el pacient un ens susceptible de créixer moralment però també exclou el gaudi atès que se situa en una relació metge/pacient menada per la raó.

⁶¹ Aquest model té connexió amb l'altra psicoanàlisi – no lacaniana –.

Els autors critiquen el model interpretatiu argumentant que un metge insuficientment format – i consideren que en aquest aspecte tots els metges ho estan – podria fàcilment i inconscient «imposar els seus valors sota l'aparença d'articular els valors del pacient». Però quan el metge del model deliberatiu parla amb el pacient, no consideren aquesta qüestió que no ha estat resolta. Apel·lar a un universal no seria un bon argument atès que precisament estem tractant de referir-nos al bé del pacient, que sempre serà singular. Els preguntaria: per què el pacient ha de renunciar a la seva singularitat? Aquest model suposa certa superioritat moral del metge que no es justifica per si sola, caldria una argumentació en aquest punt. Igualment, s'entén que es parli del metge com a mestre però caldria explicar millor per què el metge en aquest registre també seria un «amic»: què és el que l'amistat posa en joc per als autors? Em sembla que considerar-ho així pot dur la relació fàcilment cap a l'especularitat.

Estic d'acord amb ells que una formació insuficient posa en perill el model interpretatiu, però hi afegiria el model deliberatiu atès que, tal com ja he dit, no es percep que en el model deliberatiu no hi hagi un model de bé per al metge. Segons el meu parer hauria de ser imperatiu que els metges estiguessin formats profundament en les qüestions que tenen a veure amb la conversa i el patiment humà.

Per altra banda, em sembla justa l'apreciació que, quan els pacients escullen un metge, un factor molt important sol ser el relatiu als valors identificats en aquell metge – sigui perquè és molt intervencionista i actua com un tècnic, sigui perquè és molt humanista i precedeix qualsevol intervenció d'una bona conversa amb el pacient –.

La principal crítica que plantejo als dos models vigents, el deliberatiu i l'informatiu, és que en obviar el patiment deixen sol el pacient. No l'acompanyen veritablement en la seva deliberació més personal al voltant de la intervenció.

El model que proposo amb aquest treball – model que només apunto, està en construcció – inclou el patiment però amb els límits que aniré traçant. Aquests límits tenen a veure amb els límits de la interpretació. S'hi poden observar semblances amb el

model deliberatiu i amb l'interpretatiu, però m'interessa posar en relleu les diferències. Són qüestions que no són independents del concepte de medicina que es manega.

Per a Emanuel i Emanuel «l'essència de l'activitat mèdica és generar coneixement, comprensió, ensenyaments i actuacions en les quals un metge humanista integra la condició mèdica del pacient i els valors relacionats amb la salut, fa una recomanació sobre el curs d'acció apropiat i tracta de persuadir el pacient de la dignitat d'aquesta manera d'actuar i dels valors que duu a terme».

A mi em sembla que no es pot deixar d'explicitar que l'essència de la medicina és el tractament del cos i del patiment. Broggi ho expressa d'aquesta manera: «no oblidem que l'objectiu central de la medicina és sobretot el de posar-se al servei del malalt i ajudar-lo a no patir, no només a lluitar contra les malalties i a posposar la mort» (M.-A. Broggi, *Per una mort apropiada* 2011, 273). Emanuel i Emanuel prioritzen el model deliberatiu en què es tenen en compte els valors del pacient, però de nou topem amb dos límits: en primer lloc, el treball està pensat a partir de les propostes que el metge farà suposant que la demanda del pacient és el restabliment. En segon lloc, s'hi suposa que el pacient es mou per la raó i, si no, es considera que està en un error de què se l'ha de dissuadir. No es compta amb l'irracional que pot sorgir en tota decisió difícil. Finalment, no considera que el pacient pugui aportar alguna qualitat diferencial en la conversa, orienta tota l'actuació del metge com aquell professional que sap i ensenya.

11.1.1. Com conversar sense influir en el pacient o com fer servir bé la influència

És un ideal de la ciència – amb el qual s'alinea la medicina – que la persona del científic i les seves maneres de fer no influeixin en la investigació. El model deliberatiu s'hi avé. La psicoanàlisi orientada per Lacan, també.

Però el diàleg com a persuasió suposa que qui ha de persuadir l'altre sap alguna cosa que el pacient desconeix – en el cas del metge podem suposar que això és cert, hi ha

una superioritat de coneixements – però també suposa certa superioritat moral. És en aquest darrer aspecte en què considero no suficientment aclarida la influència del metge en el diàleg amb el pacient. El psicoanalista també té uns coneixements, en aquest cas al voltant del desig i les formes en què es trama, però no es considera en superioritat moral. La persuasió és una manera de convèncer amb arguments raonats, no per la força. Però quan es tracta d'un dilema, precisament estem en els límits de l'argumentació. Aleshores, com es manega la posició de força que té el metge en raó del lloc que ocupa?

He parlat de l'Altre que el metge pot ser per al pacient. En aquesta professió ocupar el lloc de l'Altre implica assumir que el pacient hi confia per ajudar-lo en la malaltia com a tècnic però també per ajudar-lo en la seves decisions.

11.1.2. Raó dependent, raó alienada

En el capítol de l'autonomia, hem vist que la raó sempre és dependent del desig. No existeix raó, en puritat, més enllà de les matemàtiques i la lògica formal. Els prejudicis morals i personals de cada home, la forma en què es trama el seu gaudi, no es poden descomptar.

La qüestió més important, però, no és que sigui una raó dependent. El problema és que sigui alienada. La raó no és autònoma, és dependent del cos i dependent dels altres. La qüestió és com ha de manegar aquesta dependència l'interlocutor quan té una responsabilitat sobre el subjecte. Els metges ho saben: els comitès de bioètica tenen en part la missió d'assegurar que el pacient no queda subjecte als prejudicis del metge, no hi queda alienat.

És una qüestió ètica de màxima importància. El comitè funcionaria com un tercer que introdueix una mena d'objectivitat, ja que avui l'objectivitat és qüestió de consens. Però el comitè no allibera el metge d'estar a soles amb el pacient o amb els familiars en el moment de comunicar la decisió, no l'allibera del seu acte.

11.1.3. Dependents del llenguatge

Per avançar en aquesta qüestió, convé discernir que, tal com es planteja en l'actualitat, hi ha una confusió entre el nivell moral i jurídic de l'autonomia i el seu nivell psicològic. Així, s'ha intentat condensar els diferents significats del terme autonomia i s'ha arribat a la idea que es tracta d'«una capacitat [ability] psicològica per a l'autogovern» (Arrieta i Casado 2014, 67). Segons aquest concepte d'home, les motivacions primàries poden ser superades per unes altres sobre les quals s'ha reflexionat. Els autors (2014, 67) posen com exemple que, al desig de fumar, s'hi pot imposar el desig reflexiu de deixar-ho. El tipus de treball que he plantejat gira al voltant de la constatació que el fet que algú faci aquesta reflexió – que tothom pot fer – no implica que es realitzi en la pràctica. Com sabem, molts homes pensen que no fumar és millor i, això no obstant, no aconsegueixen deixar de fumar i tampoc no aconsegueixen deixar de desitjar deixar de fumar. Què governa en aquests moments? Hi ha un salt entre l'autonomia decisòria i l'autonomia executiva. El *jo* no és tan amo com voldríem, el cos imposa condicions.

Per altra banda, els mateixos autors admeten la influència dels altres en les decisions i és d'aquest element que miren de deslliurar l'home. Manipulació, coerció o hipnosi poden influir en la persona (Arrieta i Casado 2014, 68), ho hem estudiat amb detall en el capítol de les concepcions del cos.

Podríem pensar que un grau x d'autonomia existeix per a l'individu en condicions de vida estables, però sempre en el marc de la dependència dels altres i de la institució social (Castel 2010). Per exemple, es pot funcionar autònomament quan la qüestió dels vincles personals està ben resolta, però pot ser necessari un nivell de protecció legal per assegurar l'autonomia dels ciutadans. Hem vist també que el gaudi imposa condicions al desenvolupament de la raó.

Em sembla interessant la proposta del Dr. Broggi quan diu que «no s'ha de tenir una idea abstracta de l'autonomia, entesa igual per a tots» (M.-A. Broggi, Per una mort apropiada 2011, 168). La seva idea de la «funció professional» inclou l'acompanyament

en el procés de decisió del malalt en una conversa que inclou el recolzament en els lligams del malalt (2011, 168-169).

A mida que ens aproximem a la matèria on s'han de resoldre aquestes dificultats, a l'àmbit de la conversa amb el pacient, voldria avançar un pas més considerant que adaptar-se a l'autonomia personal del malalt no suposa esperar el moment de les decisions difícils. La present tesi ha començat plantejant la qüestió de l'autonomia, l'àmbit de les decisions, perquè és el terreny en què es planteja la importància de les diferències subjectives en la medicina que s'orienta per un paradigma de normalitat. En aquest marc, es considera la decisió del pacient com la resposta a una pregunta que planteja el professional. El meu treball desplaça l'atenció de la demanda del metge a la demanda del pacient. Perquè, el pacient, què volia? Què havia vingut a demanar quan se li va fer tal proposta? Per tant, proposo considerar que el treball per l'autonomia no comença el dia en què el pacient ha de decidir, el treball comença el primer dia que trobem un malalt al llit o el dia que el pacient entra per primer cop a la consulta. Perquè està allí? Pot ser que vingui perquè té tos, però potser el que li molesta més és no poder dormir per les nits i pot ser que no sigui degut a la tos. I també s'esdevé amb certa freqüència que el motiu de consulta inicial queda desplaçat per altres troballes que el metge considera més importants sense que el pacient hagi pogut arribar a demanar res que s'hi relacioni.

Per tant, el motiu de consulta i la demanda no tenen perquè coincidir. El veritable treball per l'autonomia del pacient no començaria per atorgar-li la capacitat de consentir o no a un tractament proposat, sinó per atorgar-li la confiança de saber què vol de nosaltres i de saber alguna cosa de si mateix que el professional desconeix.

Quan parlem de col·laborar amb el pacient sobre la presa de decisions, hem de considerar la introducció d'una pausa per acompanyar-lo en les seves elaboracions. Si aquesta pausa la introduïm a l'inici de la relació assistencial estarem fonamentant la confiança i aplanant molt el camí del tractament. El motiu de consulta pot ser diferent a la demanda. Cal considerar que l'home no sempre és conscient del que desitja, fins i tot quan creu ser-ho. Pot desconèixer els motius inconscients que el menen. A més, les

demandes dels malalts són molt diferents. Com recorda M. A. Broggi: és el patiment el que fa que la demanda del malalt sigui tant variable. Aleshores, com orientar-nos en aquesta variabilitat quan no podem imposar una moral, quan no governa la raó i hem d'afavorir l'autonomia del que consulta? El treball de la demanda ens orientarà.

Quan es tracta de la decisió del pacient el primer a considerar no és què li hem ofert, el primer a considerar és què demana ell. Lacan hi donà una importància fonamental, fins al punt que afirmà que:

És en el registre del mode de resposta a la demanda del malalt on rau la possibilitat de supervivència de la posició pròpiament mèdica (J. Lacan, *Psicoanálisis y medicina* (1966) s.f., 90)

És a dir, no es tracta només d'una qüestió pràctica que millorarà la relació entre metge i malalt o que facilitarà el tractament. Lacan plantejà que es tracta de quelcom que concerneix la posició pròpiament mèdica. En un moment i en un treball en què tractem d'esclarir què està passant amb el tracte que el metge està rebent, la qüestió és central.

11.2. QUÈ DEMANA EL PACIENT?

I és que podem oferir, per exemple, un tractament o un altre tractament a una anorèxica, però estarem condemnats al fracàs atès que ella no havia demanat res o, fins i tot, havia demanat *res*. Cas extrem, l'anorèxia ens mostra que abans de tot el pacient demana una mica de *res* per poder ser inclòs en el cas i no quedar reduït a ser un organisme. Fins que no treballem la demanda de cada malalt no podrem entrar en la consideració de la presa de decisions, perquè sovint serà una altra cosa. I, contràriament al que es desitja, estem alienant al pacient a reduir el seu patiment a la resposta afirmativa o negativa a una intervenció proposada. Aleshores pot ser que l'estiguem abandonant perquè el condemnem a un patiment exclòs de la seva paraula,

per tant exclòs d'interlocució, exclòs de l'Altre. Per això convé dur a terme un treball sobre cada demanda. Interessar-s'hi si més no.

Qualsevol demanda és dirigida a algú. Qui l'escolta la pot acceptar o no, però el que faci – fins i tot si no en fa cas - serà una resposta. No es pot esperar del malalt una racionalitat no influïda per la situació. Això no significa que no hi hagi raons per demanar el que demana, sinó que ni totes les raons són racionals, ni és possible raonar fredament en la situació de malaltia.

És també en aquest sentit que, sovint, els que ocupen el lloc de l'interlocutor desconeixen la importància del lloc, que segueix operant malgrat no ser visible.

11.2.1. El desig no és la voluntat

L'estil actual de negació de la contingència i de la dependència duu a un concepte de l'home segons el qual el seu desig és igual a la seva voluntat i, que, així considerat, s'ha de respectar absolutament. Per descomptat, davant qualsevol decisió manifesta del pacient cal mantenir el respecte, però posaré en dubte la identificació entre desig i voluntat. En termes del que trobem en medicina podríem plantejar, per exemple, aquestes qüestions: Qui expressa la voluntat de morir, té el desig de morir? Qui expressa la voluntat de curar-se, té el desig de curar-se? Qui expressa la voluntat d'agredir, té el desig d'agredir? La distància entre voluntat i desig és de l'ordre de la que trobàvem en aquell que expressava la voluntat de fumar. Per tant, què vol qui expressa una voluntat?

Entre voluntat i desig hi ha un espai en el qual el paper de l'interlocutor, la dependència de l'interlocutor, és fonamental. Ho he comentat en el capítol «Babinksi i Freud: dues concepcions del cos, dues ètiques» i aquí aprofundiré alguna de les qüestions encetades allí perquè són essencials a la conversa entre metge i pacient.

Psicoanalista i metge ocupen un terreny comú que es pot imaginar com la intersecció de dos cercles d'Euler⁶². Si al metge li correspon exclusivament un acte més específic sobre el cos i al psicoanalista l'acte de paraula, a tots dos els correspon la transferència que el pacient els adreça. Ho he comentat en el capítol «Recull de casos i reflexions suscitades».

Em sembla que en la medicina actual es tendeix a creure que perquè hi ha aquesta intersecció el psicoanalista – i en general els *psi* – se'n poden fer càrrec i així deixar el metge lliure per al seu treball tècnic. És com si es digués que al metge li correspon el paper tècnic i al *psi* les qüestions de la confiança. Però hi ha una part del que el pacient demana a què no pot respondre el *psi* sinó només el metge perquè és una pregunta que concerneix el lloc que el metge atorga al pacient i, com hem dit, és essencial al cos.

El que proposa la psicoanàlisi per a aquest tràmit és distingir voluntat i desig: fer del patiment una demanda, fer de l'agitació una demanda, fer de l'impuls violent una demanda. Interpretar que aquell patiment vol dir alguna cosa – i això només ho pot fer el professional que acull la consulta –. Aleshores convé donar forma a aquell problema que s'expressa malament, que s'expressa amb un cos que es desconeix, dividit, que el pacient no comprèn perquè no sap què li passa.

Acollir el patiment no implica sempre parlar-ne, de vegades el metge pot indicar al pacient la necessitat de no parlar en aquell moment per poder realitzar correctament una intervenció, però sempre cal que hi hagi una indicació que mostri acusament de recepció del patiment.

Per si sola, la formalització del malestar amb paraules contribueix a millorar l'estat de qui pateix. Entre tant es pot discernir – no només el metge, també ho pot fer el pacient – si la demanda ha de ser resolta pel metge o si se l'ha de derivar a un professional de

⁶² Aquesta imatge la dec al professor Guy Briole.

la paraula. En aquest punt la paraula del metge o el seu silenci poden ser fonamentals, poden ser un acte.

Vaig tenir l'ocasió de parlar amb dos dels pacients agressors: la dona que va empènyer un metge al passadís m'explicà el seu terror per l'anunci de la mort propera del marit, i m'explicà també la desconsideració de la metgessa que li ho va comunicar, segons el seu parer, perquè ho va fer al passadís, havent-la assegut en una llitera, on tothom la veia i l'escoltava, prop del marit que també els podia escoltar. Se sentí terriblement indefensa i no pogué donar sortida a cap d'aquestes impressions personals.

De si mateixa explicà que només plorava i pensava *per què?, per què?, per què?*. Com a resposta, li varen proposar tota la informació diagnòstica. En aquest punt vaig interpretar que ella no comprenia com una experiència així els podia arribar a succeir; és a dir, vaig orientar el sentit de la seva pregunta a una qüestió de caire espiritual i no mèdica. Immediatament es calmà l'excitació amb què ho explicava. I ja més serena va poder parlar del seu disgust perquè ningú no l'havia avisat quan ell va arribar ja que, tot i saber que no podia fer res, haurien pogut estar junts. És el punt certament més delicat, perquè el marit havia demanat expressament que no se l'avisés. Veiem que el que diu finalment la pacient és alguna cosa que no havíem previst entre les comunitats de sentit i no hi hauríem pogut donar satisfacció. Però haver-ho pogut dir, serviria? El malestar no drenat, el va carregar tot sencer amb l'empenta a l'altre metge.

La pacient va quedar molt agraïda d'aquesta entrevista i va comentar: *no pots dir res a ningú de tot això, perquè ningú no t'ho pregunta*. Tot aquest comentari dona suport a les idees expressades pels professionals: que no hi ha espais adequats, principalment. Ells no podrien fer el que jo vaig fer en aquella conversa perquè estaven enmig de la situació i perquè cada un ho hagués fet diferent. Però voldria fer notar que la pacient va poder parlar dels seus motius, que fer-ho i trobar explicacions acords amb el seu patiment, que apuntaven a la manca radical de sentit de la mort del marit, va reduir l'excitació i va poder formular el motiu del malestar personal. Potser és això el que ella hauria pogut demanar que el metge considerés.

El segon cas que vaig poder escoltar és el d'un pacient molt enfadat per la intervenció d'un cirurgià que va realitzar una petita intervenció sense anestèsia. Va voler la contingència que jo estigués per allí en aquell moment, així que vaig poder intervenir poc després, quan el pacient ja havia estat intervingut i esperava l'alta. No mostrava dubte ni divisió en el seu nivell de disgust envers el metge. No vaig dur la contrària al pacient en cap moment, però vaig interessar-me per les anteriors experiències a l'hospital, que havien estat bones i que el dugueren a concloure que havia estat un cas aïllat d'una cosa que ell considerà maltractament.

En la conversa amb l'esposa que vaig tenir davant seu, em va dir que el pacient mai no lesionava a ningú, sempre eren autolesions. Els altres, els escrivava, només. Per tant, era conegut que el risc que fes mal a algú era molt reduït, tal vegada inexistent. Més aviat tenia tendència a percebre els altres com a invasius i el recurs policial el feia sentir més protegit. Tal com va dir el mateix metge implicat, haver parlat amb el pacient mentre el manipulava hauria estat una bona mesura.

Els casos permeten mostrar que hi ha un sentit íntim que sorgeix del patiment. Què dona tanta variabilitat a l'ésser humà en aquest àmbit? Per què no podem agrupar les formes del patiment en la seva expressió íntima? La psicoanàlisi no considera la possibilitat d'un *sentit comú*. I, encara més, considera que si hi ha tanta agitació en el món és perquè s'exclou el sentit incomú, tot el que és forassenyat, l'estúpidesa que alabava Erasme. Però, al mateix temps, la psicoanàlisi no fa un elogi de l'estúpidesa: Erasme ens en mostrava el costat amable, però certament el gaudi també duu al pitjor. El gaudi no és sempre amable, com hem vist.

11.2.2. La dependència del pacient al metge com a interlocutor

Per a Tauber aquest rol d'interlocutor també té a veure amb la funció paterna: cuidar al que no pot cuidar-se (Tauber 2011, 109). Això implica d'introduir l'asimetria en la

relació entre metge i pacient (2011, 153)⁶³. La confiança converteix el metge en dipositari de la disjunció viscuda pel pacient i dels seus temors. Arrieta diu que s'espera una resposta d'un Altre de què el subjecte no és independent. Per la seva banda, Gracia proposa que són les accions de l'home que són autònomes, i no la seva persona (García Zabaleta i Casado 2014, 183-184 i 195). Tauber introdueix la idea fonamental: la confiança mostra que el pacient renuncia en part a la seva autonomia (Tauber 2011, 107). Aleshores, la clínica, el valor de la paraula al peu del llit⁶⁴ i contra la imposició de la tècnica com a únic valor de la medicina, és fonamental.

Les preguntes de la clínica apunten a la participació del malalt:

Per què consulta?

Què ha fet fins ara per saber i/o posar-hi remei?

Per què consulta en aquest moment?

Què espera del clínic? O de la disciplina?

Les informacions que va esgranant ajuden a orientar el cas, a donar una millor forma a la veritable demanda del malalt, més enllà d'allò que el duu a consultar.

Ho explicaré amb un exemple: vaig atendre una pacient de 25 anys que va consultar per tics, però els tenia des dels 12. Per què consultava ara? Perquè ara havien començat a semblar-li relacionats amb esdeveniments de la seva vida que volia esclarir. I a partir de quin moment començaren a significar? Doncs a partir de la seva maternitat i posterior separació amorosa que introduïren preguntes sobre el pare de la pacient. Aquest havia mort alguns anys enrere i els successos actuals de la vida havien començat a posar en marxa un dol que no arrencava. Es varen relançar per a ella les preguntes infantils sobre l'amor i la família.

Per tant, abans de precipitar-me a intentar reduir els tics, vaig explorar la seva funció en el psiquisme d'aquesta dona. Si ens precipitéssim sobre els tics – motiu de consulta -

⁶³ La asimetria de la relació ha estat tractada per Lacan en molts textos, privilegiadament a «La dirección de la cura y los principios de su poder».

⁶⁴ Etimologia de clínica: del grec *kliní* que vol dir llit o jaç.

potser els resoldríem, però quedaria sense tocar la qüestió del dol i la funció paterna – la demanda –, condemnant la pacient a patir nous símptomes per drenar el malestar original no tramitat.

Aquestes elaboracions només poden arribar-se a donar si es conversa amb el pacient. Si el metge parla amb el pacient que ve perquè té tos, tindrà una idea de si vol que li tregui la tos per seguir treballant o si vol agafar la baixa o si creu que té un càncer perquè un germà va començar igual, o... I resoldre aquests punts, com a mínim acollir-los, fa diferent l'esdevenidor del tractament de la tos i de la relació metge/pacient. En el cas de la violència podríem pensar també a transformar-la en una demanda? Un psicoanalista italià, Massimo Recalcati, aconsella transformar la «violència» en «conflicte»:

El conflicte implica que la instància de la diferenciació sigui reconeguda i no desanimada amb l'exercici de la simple negació autoritària. Certs fenòmens col·lectius, alguns de molt recents, mostren eficaçment com la negació del conflicte, la manca de reconeixement de les raons que animen al conflicte entre una generació i una altra, entre moviment i institucions, tendeix a produir violència cega, destrucció, ruptura i degeneració dels llaços. Per contra, quan el conflicte és reconegut i assumit críticament, pot esdevenir un motor de transformació i de creixement (Recalcatti 2011, 64).

La missió del metge, en aquests moments, té més a veure amb la de l'interpret que amb la d'un tècnic de la medicina. I poder donar forma a una millor manera d'expressar el patiment sovint contribueix en gran manera a millorar el tractament i el tracte però, sobretot, com deia Lacan, preservarà la posició mèdica.

Obrir el camí del desig separant la distància entre el motiu de consulta i la demanda, o ajudant a produir una queixa expressada allí on hi havia una intenció agressiva, obrir un espai per allò que només el pacient pot saber i que és invisible al metge i als seus aparells: això constitueix un tractament per al gaudi i ressitua la relació entre el metge i el pacient en un àmbit que no és objectiu en tots els seus apartats però que inclou l'ètica.

Em sembla pertinent de recordar la consideració de Lacan quan diu que el que dona sentit a la funció del metge és la interpretació de la demanda del pacient (J. Lacan, *Psicoanálisis y medicina* (1966) s.f., , 90-91). Es tracta de poder pensar que hi ha matisos importants en la manera com els pacients es presenten a la consulta, en el que demanen, en com ho demanen i en els seus motius. El treball sobre la demanda que el pacient adreça al metge contribueix a l'establiment de la relació de confiança i a aclarir els punts de dificultat o, si més no, a anticipar que hi ha punts de dificultat – aclarir-ho per al metge però també per a pacient, que no sempre sap què significa el que diu –.

Crec que es copsa que es tracta de dos metges diferents: un que sap i ensenya i un altre que, perquè no considera que ho sap tot, pregunta i interpreta. Es pot veure que les qüestions que tractem són d'un caràcter pregonament filosòfic a més de clíniques.

Escoltar la paraula del pacient no és una qüestió de gestió o de compassió, escoltar-la és atendre la dimensió inesborrable de la seva singularitat i atendre la dimensió de dependència del cos de l'Altre.

11.2.3. Què suposa parlar?

La paraula és mig de qui la pronuncia, mig de qui l'escolta.
Montaigne

Parlar amb algú suposa posar les paraules a la seva disposició, permetre una interpretació del que es diu i esperar un missatge de retorn que doni compte de la recepció de les paraules vives del subjecte. Encara que pugui tenir-hi alguna cosa a veure, no és com llegir un text tancat. Parlar és transmetre un text viu, obert a una altra significació .

Parlar suposa que el sentit del que es diu és cedit a l'oient: mai no es diu alguna cosa sense que el que es diu quedi sotmès a la interpretació de qui escolta – sigui relatiu al text o a la intenció de qui parla –: «Això vol dir que»... o bé «ho va dir perquè»... D'aquesta manera qui parla sempre pot quedar alienat a la interpretació d'un altre, i,

en aquest sentit, mai no podem saber què hem dit fins que l'altre respon. És una alienació, consentida o no, que funciona habitualment. Podem dir aleshores que en la comunicació l'home no és autònom, que depèn del sentit que li retorna el interlocutor. Quan un pacient consulta el metge, s'aliena al diagnòstic, per exemple. El que el metge respongui condiciona el que el malalt percep en relació amb la malaltia i en relació amb si mateix. Dir «aquesta ferida no té més importància» o «vostè no té res» o «hem de tallar la cama» no només és l'emissió d'un parer mèdic, també obre perspectives diferents d'un mateix malestar. Al mateix temps, el metge no sap què significa el que diu per al pacient que té al davant i, en aquest sentit, malgrat posseir el coneixement científic, no és amo de les seves paraules.

D'altra banda, en la relació del metge amb el pacient hi ha en joc una demanda – o una proposta – que el pacient adreça al metge. I aquesta s'expressa de maneres molt diverses que s'han d'interpretar. No es pot pensar que el que diu el pacient ha de ser entès literalment per a la seva execució, sinó que ha de ser entès literalment per a obrir la conversa. Per exemple, què vol dir «no vull que em talli la cama»? Sovint el que es diu al metge «és expressió d'un patiment que no se sap dir de cap altra manera» (Marzano, *Consiento, luego existo* 2009, 100-101). Qui diu «no vull que em talli la cama» està responent a la demanda del metge en els termes en què li ha estat plantejada: «vostè vol o no vol?»; però introdueix un missatge per a qui el pugui escoltar: potser alguna cosa com «tot això em fa patir molt, ho rebutjo». La missió del metge aleshores és la d'un 'intèrpret i, a través de la conversa, pot contribuir a obtenir una millor manera d'expressar el sofriment. Trobar les bones paraules per expressar l'experiència pot millorar l'acceptació dels tractaments difícils.

Poder parlar bé del que fa por ajuda a comprendre una experiència que supera la capacitat subjectiva de ser entomada i també permet disposar en l'Altre el patiment. Però poder parlar bé introdueix elements que al mateix temps fan la relació més complexa. La paraula viva no és com la del llibre, està prenyada de vida, batega. Per això sempre diu més o diu menys del que en primera intenció podria semblar. És

aquesta vida la que retorna la confiança en la paraula del metge: acceptar la paraula del patiment del seu pacient per llegir-hi la demanda que se li adreça suposa sostenir la presència del metge i les seves paraules. En aquest punt es restitueix la seva funció.

Els tallers clínics amb metges i orientats per un psicoanalista li permeten d'anar dilucidant el seu acte amb posterioritat. Els grups Balint (Balint 1961) en són el precursor més directe i Henri Ey també els proposava per a la formació psicològica del metge l'any 1970 (Ey 1970). Aquests grups no tracten de preveure el que passarà, cosa que no es pot fer, sinó d'acollir el que ha estat fet, de poder-ne respondre per saber si ha funcionat el prejudici, si s'ha pogut escoltar el pacient, què ha anat bé, què no i per què.

Resumint algunes qüestions, per tal de poder acollir el gaudi desraonat:

En part es tracta de poder escoltar el que el pacient té per dir, de poder assumir el paper d'aquell en qui el pacient confia per tal d'ajudar-lo en la seva malaltia com a tècnic, però també per ajudar-lo en les decisions. Escoltar és molt important, escoltar sense pensar que s'ha de donar contesta a tot. Se n'ha de respondre, però això és una altra cosa.

En segon lloc, la presència del metge és important. La confiança que el malalt hi fa se sosté en allò que creu que sap i també, en gran part, en el que en cospa intuïtivament per la seva manera d'estar, de parlar, de callar, de mirar.

El metge que pot sostenir la seva presència quan no hi ha remeis tècnics per guarir el malalt se'n guanya la confiança i podrà donar consells i fer preguntes que seran ben rebuts. Estarà assumint l'acte que li correspon en la relació amb el pacient i per aquest motiu li serà més fàcil derivar al professional *psi* quan li sembli que és convenient.

En aquest sentit, els tallers clínics contribueixen a comprendre i donar forma a l'acte del metge i al que s'esdevé en la relació amb el pacient. La transferència del pacient i

els seus efectes en el metge no sempre son fàcils de copsar ni de manegar. De vegades pot ser fins i tot beneficiós analitzar-se o realitzar un breu recorregut personal amb un psicoanalista. Estar al costat dels que pateixen no és fàcil, pot fer ressonar les fragilitats del professional. Per tal de viure amb elles sense quedar-hi atrapat i poder ajudar el pacient, pot ser necessari donar-los l'embolcall simbòlic que s'aconsegueix parlant amb un especialista de la paraula i el silenci.

Per tant: escoltar, acceptar la confiança i sostenir la presència, supervisar la pràctica, parlar amb un psicoanalista en tallers clínics – de les dificultats, dels reptes, les solucions i els dubtes –. De vegades poder parlar d'un mateix privadament amb un psicoanalista contribueix a aclarir els enterboliments del propi gaudi.

El malalt no és autònom, ni tampoc no ho és la seva raó. El dolor es percep com aliè a la personalitat (Tauber 2011, 105-107) (Israel 1976), la fa sentir en menys. La disjunció entre ment i cos es percep especialment en els moments de desencaixament (Tauber 2011, 162) (Freud, El malestar en la cultura 1986): en la malaltia, privilegiadament. Freud va assenyalar que l' enamorament i la malaltia són els moments de màxima vulnerabilitat personal i dependència de l'altre. Israel digué que s'emmalalteix de la mateixa manera com s'estima (Israel 1976).

Quan tots hem coincidit a valorar que el pacient és vulnerable, la caiguda cap al paternalisme és fàcil. Però rebutjar-lo taxativament per defensar l'autonomia legal i moral del pacient pot ser deixar-lo sol, perquè el pacient és vulnerable i necessita algú que l'ajudi a decidir. S'han de distingir els nivells en què el pacient és autònom – el legal i l'ètic – d'aquells en què és dependent – físic i psíquic –. Són nivells distints. És dins del marc legal, el qual es dona per suposat, que es mou l'àmbit psíquic. L'ètic és el que ens «obliga» a acompanyar sense alienar.

Diu Tauber que una ètica definida a partir de la relació d'alteritat deixa enrere el jo autònom (Tauber 2011, 163). Legalment el subjecte segueix essent autònom: per

exemple, podrà rebutjar determinades intervencions i acceptar o no participar en una recerca, però es tracta d'un límit legal. Perquè aquestes concepcions puguin ser sostingudes calen professionals que considerin l'ètica com la base filosòfica d'una relació metge/malalt que compromet el metge no com a persona, sinó per la funció que ocupa (Tauber 2011, 127).

El metge en aquesta línia pot ser l'interlocutor privilegiat de qui pateix. És qui pot autoritzar-se i autoritzar una pausa per reflexionar, per emparaular. Per trobar solucions noves. En una veritable conversa, no podem saber el resultat. Pot ser que el metge vulgui i hagi de persuadir el malalt d'una intervenció. Però és només si entra en la conversa des d'una posició investigadora que podrà obtenir una resposta veritable, seva, del pacient o d'ambdós.

En acollir el patiment es restitueix a la paraula el seu valor de veritat i de lligam, s'accepta la cessió d'autonomia del pacient al metge i se n'eleven la dignitat i l'autoritat. El metge ha de ser metge, un bon científic que domini la seva tècnica, però des de la perspectiva que hem considerat en aquest treball, ser metge inclou una resposta que remet a l'ètica.

CONCLUSIONS

12. EN CONCLUSIÓ

¿Les agressions als metges són producte d'una societat forassenyada i cal, per tant, protegir-los per tal que puguin continuar fent la seva feina sense amoïnar-s'hi? ¿O son un símptoma de la nostra societat al qual el metge ha de respondre per raó del lloc que ocupa? ¿Què es ser metge? ¿De què s'ocupa, un metge?

La consideració del metge ha canviat radicalment en les nostres societats. Observem com ha passat de ser una persona respectada i d'autoritat, la paraula de la qual tenia un valor quasi sagrat, a ser considerat un mer proveïdor de la quota de satisfacció que pertany al consumidor. Davant les agressions que es produeixen des de fa anys als serveis d'urgències i als d'atenció primària, principalment, s'han anat blindant els serveis amb portes amb codi i agents de seguretat. Es va demanar protecció legal i el metge va ser declarat autoritat pública. Els incidents s'han catalogat com a risc laboral i del seu maneig s'ocupen les unitats de riscos laborals. Des d'allí s'han organitzat cursos de comunicació que faciliten fórmules de conversa, cursos de defensa personal, ensinistrament per al tractament d'agressors; i, en alguns hospitals, es proposen cursos per ensenyar bones maneres als pacients. En els passadissos dels serveis mèdics es troben cartells que diuen «l'agressió no és solució». Cap pregunta.

La medicina d'avui, orientada per la ciència, disposa d'un coneixement que li permet un important domini de les malalties. El metge es troba fins i tot obligat a reflexionar sobre la potència dels seus remeis perquè poden depassar la mesura del desig, com quan es pot allargar la vida a persones que estan en molt males condicions físiques i mentals. Per reflexionar-hi es pot adreçar als comitès d'ètica assistencial, que l'ajudaran en la seva deliberació. A més, la seva elecció està limitada per l'elecció del pacient a qui va adreçada la intervenció. En la relació entre metge i pacient s'ha rebutjat el paternalisme del metge autoritari i s'acull el dret del pacient a decidir sobre la seva vida i sobre els processos mèdics que el concerneixen. Es tracta d'un pacient considerat autònom, és a dir, que té la capacitat de decidir per si mateix segons la seva idea de bé. Un pacient que pot prescindir del sensible i orientar-se per la raó com tot home capaç,

segons la filosofia kantiana que hi ha a la base de la bioètica. Per això el seu parer es té en compte en la reflexió que ha de fer el metge. Tanmateix, si bé el metge ha de deliberar sol o amb el comitè, del pacient s'espera que emeti la seva decisió sense suposar que hi hagi de reflexionar, i aquesta decisió és considerada una dada. Però el malalt, pot reflexionar prescindint del sensible? La situació de malaltia imposa condicions a l'exercici de la raó: el malalt, ha de meditar pels seus únics mitjans decisions tant importants? Podria ser que el zel per considerar la llibertat del pacient acabés per produir un abandonament? Podria ser que aquesta manera de concebre l'humà tingués alguna cosa a veure amb els canvis tan importants que han tingut lloc en la relació entre metge i pacient?

La hipòtesi d'aquest treball ha estat que, després del paternalisme i la necessitat de repensar la relació professional/pacient, es va respondre amb el principi d'autonomia; però que la manera de fer que infon aquest principi exclou el patiment i deixa sol el pacient. Aquesta exclusió té com efecte la pèrdua d'autoritat del metge i els problemes actuals en la relació amb el pacient.

El principi d'autonomia, en l'ètica mèdica, s'entén des de la doble perspectiva de Kant i de Mill. Ambdós autors prengueren partit per la raó de l'home davant de la indeterminació dels seus actes. Per a ells, el que ens fa humans és la possibilitat de sostreure'ns a les determinacions animals, i la raó regeix les decisions humanes en absència d'una altra orientació. Per altra banda, hi hauria un sol límit a l'autonomia de la raó: la llibertat dels altres homes.

La bioètica, que orienta la manera actual de concebre la relació metge/pacient, parteix d'alguns problemes molt greus que hi ha hagut en el camp de la recerca mèdica. Problemes causats pel comportament d'alguns metges que, per la seva posició de poder, van traïr greument la confiança dels pacients. El cas Tuskegee, en què un nombrós grup de pacients va quedar sense tractament per una greu malaltia, va ser el principal detonant per iniciar la reflexió sobre els comportaments que s'allunyaven de l'ètica esperada. Les recerques dels metges nazis i altres abusos mèdics avergonyiren a

altres col·legues i agents socials, que intentaren trobar la manera de limitar possibles noves situacions d'abús. De la reflexió suscitada va néixer la formalització de la bioètica com la coneixem avui, orientada pels principis de beneficència, no maleficència, justícia i autonomia. El principi d'autonomia es referia a la llibertat del malalt per decidir sobre els tractaments proposats. Fins aleshores, la medicina clínica havia tingut un caire marcadament paternalista, i la bioètica es convertí en un orientador per la pràctica.

Des d'aquest àmbit es considera que les preferències de l'home són molt variades i que ningú no té dret a dir a un altre de quina manera ha d'orientar la seva vida i les seves decisions. L'home orientat per la raó, a diferència de l'animal que es guia per l'instint, pot decidir per si mateix. El concepte de bé és personal i no ens podem remetre a un ideal en aquest àmbit. En tot cas, l'ideal seria respectar les diferents idees de bé que han de conviure. Aquesta idea, que la majoria de professionals i pacients subscriurien avui dia, topa amb un límit quan el professional es troba davant del fet que el seu pacient pot prendre decisions irracionals que no s'avenen amb la vida, quan rebutja remeis que el salvarien o li farien la vida millor, quan persisteix en comportaments i actituds que empitjoren la seva vida. Davant d'aquestes qüestions, el metge s'amoïna perquè no es troba una idea de bé diferent de la seva, sinó que troba una orientació al mal.

Les solucions actuals passen per pensar a posar límits al pacient que no s'orienta per un bé: es pensa a excloure'l de la possibilitat de ser tractat, a fer-li pagar el tractament o, de vegades, a incapacitar-lo. He trobat que hi ha una manera bastant comú d'anomenar els comportaments que mostren aquest component tan irracional en la manera de fer d'alguns pacients: *estupidesa*. L'estupidesa seria el component que faria que les decisions de l'home es desviessin del comportament moral esperat en una societat. Aquesta manera de dir-ne suposa un límit, és a dir, en posar-hi aquest nom, si bé s'acota la perplexitat del professional, no es permet avançar en les vies de solució. La manera de concebre l'autonomia en la bioètica actual pot deixar sol el pacient en els moments de prendre decisions. L'autonomia es pensa a partir de l'autonomia de la raó

i el seu imperi. Contràriament, en la clínica quotidiana no trobem pacients que raonin serenament, sinó més aviat pacients dividits, aclaparats i que rebutgen decidir per ells mateixos.

He explicat que, precisament, la psicoanàlisi orientada per Lacan té un nom per aquest tipus de tendència humana: *gaudi*. El *gaudi* és un concepte que neix del de *pulsió* de Freud. Freud, en estudiar els seus pacients, s'adonà que el component animal del seu comportament era notable, alguna cosa d'allò que hi ha de més viu empeny sempre i orienta la conducta humana. En digué *pulsió* i digué que la *pulsió* és una empenta que des del cos polsa per obtenir satisfacció. Les diferents realitzacions humanes són la forma que es dona a aquesta empenta: una part s'adreça al món a les persones i als objectes que s'hi troben, l'altra part queda en l'individu mateix. Totes dues parts prenen formes diferents proporcionades per la cultura i permeten gran variació. En un segon moment, s'adonà que els impulsos més nobles de l'home no sempre es realitzen. Més aviat, semblava que la norma era la impossibilitat de realitzar els ideals. Els homes sovint són infeliços, sovint no troben la manera de fer el que volen, sovint actuen contra el que volen. El títol del seu article «Los que fracasan cuando triunfan» és suggeridor en aquesta via. El destí de l'empenta interior que l'home percep, el destí de la *pulsió*, no està prefixat. Aleshores dividí la *pulsió* en *pulsió de vida* i *pulsió de mort*. La *pulsió de vida*, que tendeix al plaer i a la vida; la *pulsió de mort*, que duu l'home per camins contraris a la raó. L'elecció no és sempre conscient i l'home no domina del tot el que li passa, al contrari, sovint es troba fent allò que no desitja, errant el mateix camí repetidament, ancorat en els mateixos errors. Lacan parlà d'un nou concepte, el *gaudi*, que enllaçava la *pulsió de vida* i la *pulsió de mort*: l'empenta del cos pren distintes formes bones i dolentes, però sempre és la mateixa empenta la que guia l'home per sobre de la raó i la contrària. El *gaudi* fa estrany el cos.

Lacan referí el *gaudi* a allò del cos irreductible pel llenguatge que s'ha de tractar d'alguna manera: els discursos són respostes organitzades socialment a la dificultat que el *gaudi* imposa. Presentà quatre discursos, les quatre maneres de l'home d'espavilar-se amb el *gaudi*. El discurs de l'amo diu que el que el que no arriba a cap

conclusió es tanca per la decisió del que mana. El discurs universitari apunta a la possibilitat de saber que permetrà resoldre el que no funciona. El discurs de la histèrica obsta al discurs del amo amb la seva divisió que el primer no sutura, però la cancel·la amb el seu sacrifici personal. El discurs de l'analista promou un saber inèdit i personal sobre la relació amb el gaudi. Però anys després, Lacan s'adonà que, per causa de l'ascens del capitalisme, s'havia impedit la producció de qualsevol discurs atès que la relació amb l'impossible havia estat negada. En el capitalisme la paraula perdé tot paper, no hi havia res més a parlar. A partir d'aleshores, es considera que el que li falta a l'home és un objecte que el mercat li podrà proveir. Anomenà a aquesta nova manera de fer amb el gaudi – que és una negació del gaudi: segons el discurs capitalista la qüestió és ser satisfet amb els objectes que proveeix el mercat, i el vincle no és essencial – com discurs capitalista.

A continuació em va semblar que calia fer notar que quan es parla de cos en medicina no s'està parlant del mateix que quan es parla de cos en psicoanàlisi: si en medicina se sosté una versió mecànica del cos, el gaudi obsta al funcionament del cos entès com una màquina. La histèria permet mostrar la diferència entre tots dos tipus de cos. En el segle XIX es posaren les bases d'aquestes dues maneres d'entendre-ho. Dos alumnes del neuròleg Charcot, Freud i Babinski, conceberen la histèria de maneres distintes i donaren pas a la psicoanàlisi i a la manera d'entendre el cos en la medicina d'avui. La distinció sorgí precisament de la diferent manera de concebre la relació entre metge i pacient. En aquella època els metges estaven molt interessats en l'influx de la suggestió en el tractament. En relació a la histèria, especialment, s'observava que tota indicació mèdica influïa en el comportament de la malaltia, que el comportament dels pares orientava les dificultats morbosos dels fills i també que en la hipnosi els símptomes histèrics desapareixien. És a dir, que hi havia malalties que es veien influïdes per la relació personal.

Babinski treballava amb ferits de guerra, camp en què la por promovia la conversió del malestar psíquic en malalties. Ell va orientar el seu treball a partir de la constatació que

la malaltia podia desaparèixer per persuasió. Entengué la malaltia suggestiva des de la perspectiva del benefici que proporcionava secundàriament al malalt, per exemple al soldat que s'alliberava de tornar al camp de batalla. Donant a aquest fet una estructura mecànica i pensant que l'únic que vol un malat es curar-se, decidí que la influència del metge s'havia de fer servir per sostreure el malalt del mal estat en què es trobava i dur-lo a una situació normalitzada. Però, per tal d'influir només en un sentit normalitzador, el metge no havia de mostrar cap característica personal, segons una orientació científica del tractament. Si la histèria era una malaltia de suggestió, Babinski es va orientar per l'obtenció de resultats i per l'ús del poder que la confiança en el metge li atorgava per influir en els pacients en el sentit moralment afectat: s'havia de tornar al camp de batalla.

Freud, contràriament, abandonà tota idea de poder i, amb una orientació investigadora, decidí d'escoltar els pacients. D'aquesta escolta resultà una cura per la qual els pacients podien alliberar-se de la malaltia o d'una manera de fer patològica a partir del saber que n'obtenien en la conversa amb el metge. Aquesta conversa revelava motius inconscients i camins tortuosos per sostenir la conducta indesitjada, conflictes morals que el pacient resolía amb símptomes que dificultaven la vida però que se sostenien perquè eren una sortida per als dilemes personals. Els encontres de la seva història personal, les converses i decisions inconscients, configuraven un destí que es mostrava en ser posat en paraules. La conversa lligava la persona del metge a la del pacient i, en aquest punt, Freud renunciava a la capacitat d'influir en favor del saber que el pacient produïa.

La transferència és el concepte clau que distingí de la suggestió i que donà raó de ser a la psicoanàlisi. La transferència mostra la manca de domini del *jo* sobre si mateix. Freud tractava de conèixer com influïa l'Altre, i perquè i com manegar-ho en la cura. En el mateix punt, Babinski se n'apartà sense conèixer-ne res. Concebent el cos des de la histèria, establí una mena de «principi de dependència».

Amb Lacan, l'axioma que sosté aquesta teoria és que el gaudi és fruit de la introducció del llenguatge en la vida de l'home. El llenguatge dividí el món i dividí l'home, que quedava deslligat de l'instint natural i sense una brúixola que l'orientés. L'home queda sotmès a un règim de satisfacció que no és natural perquè no hi ha prefixat un objecte que sadolli definitivament les seves mancances. Per això l'humà esdevé dependent de les necessitats del cos, que no s'orienten naturalment, i del llenguatge, que li permet trobar recursos per cobrir les necessitats, demanar. És a dir, esdevé dependent del desig per interpretar i cobrir les seves necessitats.

Va ser així com va néixer la psicoanàlisi: en el mateix moment en què la medicina prenia partit per una concepció orgànica del cos i una versió «científica» del que ha de ser la relació entre metge i pacient, és a dir, una relació asèptica. Va ser així com el patiment personal i els motius personals varen anar quedant fora del tractament mèdic, excepte si es tractaven com a malalties en el sentit orgànic del terme.

El metge ja no era el sacerdot antic, ara era un científic democràtic que havia de procurar la cura de les malalties a partir del coneixement de la seva ciència i en el respecte de l'autonomia del pacient raonable. Quina diferència essencial hi hauria entre tots dos metges? Ho he estudiat a partir d'un altre canvi important en medicina: l'abandonament del paternalisme. El sacerdot, com figura del pare, feia de mitjancer amb la voluntat dels déus antics i era el metge d'aquells temps. Com s'explica? En l'antiguitat, a falta de tot coneixement, els homes s'atemorien pels violents afectes experimentats, per les malalties i pels fenòmens naturals que els assolaven. Poder donar sentit a tals experiències era un assossec, i això era el que feia el sacerdot, donar explicacions: tots els mals es corresponien a la voluntat dels déus. Davant d'això l'home podia recórrer a l'oració i a la ofrena als déus, al sacrifici d'alguna cosa valuosa. Curiosament, eren remeis efectius, no en el sentit actual del terme, però ho eren. El llenguatge – les interpretacions del sacerdot – i la cessió de gaudi – el sacrifici o l'ofrena als déus – promovien efectes de pacificació molt importants i durant segles van ser suficients. Eren intervencions sobre el gaudi especialment, no hi havia provada eficàcia

sobre les malalties però sí sobre el patiment. El metge antic s'ocupava especialment del gaudi i era del tot respectat.

Ara bé, a mesura que la filosofia i després la ciència anaren proveint un coneixement poderós per influir en la natura, disminuï la necessitat de recórrer als déus com a causa i als sacerdots per mitjançar. El domini progressiu del món va enlluernar els homes, que majoritàriament decidiren que tot podria ser explicat per la ciència, també el gaudi. Però aleshores el metge perdé tota autoritat. L'autoritat no ve de tenir tots els mitjans a disposició, al contrari: el que feia gran el sacerdot era el seu *saber fer* amb el misteri, allò sobre què no tenia cap coneixement. Avui, hi ha una part del gaudi que es pot cancel·lar per la via científica, però no tot: sempre queda un residu que empeny des de dins del cos de cada home. Si el metge desconeix aquest residu que fa fallar la seva disciplina, la seva funció queda reduïda a un acte tècnic per al qual no cal autoritat atès que el pot fer qualsevol.

Fet fora d'escena el gaudi com a misteri, qualsevol interferència del metge en la vida del pacient es veié com una imposició. L'abandonament del paternalisme en la clínica fou avalat per la nova manera d'entendre la funció del metge, una manera solidària de la que la societat havia emprès després de les tesis de la mort de Déu i l'enderrocament de la monarquia com a mode de governar. El discurs de l'amo arribava a la seva fi, el pare ja no podia imposar la seva paraula; però el pare, només imposava o feia alguna cosa més?

La premaduració biològica de l'home i la introducció en el llenguatge fan de la criatura humana un ésser que necessita viure en societat molts anys fins arribar a ser capaç de valer-se per si sol. El pare és qui se'n fa càrrec, del que necessita per viure, es fa càrrec del gaudi del fill en la infantesa. Però la principal operació del pare és la introducció en el llenguatge i això ho aconsegueix a partir del lloc de desig en què inclou el fill. L'adquisició de llenguatge no és un fet biològic, només: hi ha elements socials que la promouen i la determinen. He explicat la *metàfora paterna* com aquella operació que, donant noms i organitzant la vida, no deixa que el fill sigui un amb la mare sinó que

l'obliga a separar-se'n. La mare que el nodreix i l'abriga té altres interessos als que s'orienta, dona un lloc al pare i a les altres coses del món i l'infant, confrontat al seu desig, s'haurà de preguntar qui és per a ella i qui és per al pare. És una operació de metaforització de si mateix que en el límit no proporciona una identitat fixa, però permet d'assolir un referent personal: concebre el propi lloc en els pares. És des d'aquest lloc que entendrà el món i a si mateix a partir d'aleshores, és des d'aquest lloc que haurà entrat en el llenguatge.

És així que, si bé l'home arriba a obtenir dels altres moltes paraules que li permeten definir-se i tenir una idea de si mateix, per altra banda, hi ha una paraula que mai no obtindrà: la que diria el darrer mot de qui és ell. Hi ha moments de la vida en què l'home pot sentir seguretat en les identificacions aconseguides, però és temporal. Sempre que apareix una crisi personal, es commouen les significacions i el sentiment d'una mancança fonamental reapareix. En aquells moments, cap paraula no podrà resoldre definitivament el malestar, però el lloc en l'Altre sí que pot fer-ho. El lloc en l'Altre pot calmar el malestar, l'amor és un remei universal que singularitza l'humà. L'amor, que no té una fórmula fixa ni és científic. La manera com es realitza allò que cada u creu ser, allò que és, per aquell que l'estima. Això és el que es va deixar de banda quan es va rebutjar el paternalisme i es va pensar que el gaudi quedaria del tot resolt amb la ciència: la confiança del lloc en l'Altre. Aquesta confiança es guanya pel que se sap i per la manera de fer amb el que no es pot saber, per la manera d'estar amb el pacient quan les coses no van bé i no es poden resoldre. Per les paraules i, sobretot, pels actes. El pacient no espera que el metge sàpiga del cos humà, espera que sàpiga del seu cos.

Abans d'avançar més en la teoria, vaig voler estudiar alguns casos. Casos comptats. Els estudis actuals sobre el problema de la violència imiten el patró científic i es basen en el recompte de situacions i a extreure'n elements objectius. Grans estudis descriptius permeten obtenir el patró de l'agressor i de les agressions, però no informen de perquè en determinades ocasions alguns pacients passen a l'acte i tampoc de quines mesures

convindrien per resoldre-ho. Em va semblar que convenia escoltar els casos d'un en un. Al principi havia decidit escoltar els pacients, però varen ser els mateixos metges els que em varen suggerir escoltar-los a ells, i m'hi vaig avenir de bon grat encara que em desviava del meu propòsit inicial. Esperava trobar els motius que havien dut a l'agressió a cada pacient amb la perspectiva del concepte de passatge a l'acte, no sabia què trobaria en escoltar els metges.

El que vaig trobar va ser una gran varietat de situacions i de posicions personals. La meva organització de les dades havia de permetre, en qualsevol cas, l'abordatge individual de cada experiència. Em vaig adonar de la crispació amb què es presenten els pacients a la consulta i em fou obligat de remetre'm a la crispació moderna. El pacient no es posa malament en la consulta mèdica, ja hi arriba crispat. Podem entendre la crispació com un excés d'energia no drenat en el cos: el gaudi.

La rapidesa amb què ocorren els fets violents en les consultes obliga a una ràpida reacció i no és possible calcular la resposta. La protocol·lització de les mesures de resposta fa d'obturador a la possibilitat de pensar. Per tant, la primera conclusió que podem treure de l'anàlisi dels casos és que la reflexió hi està impedita estructuralment per la naturalesa del fet, per una banda, i institucionalment, per la resposta protocol·litzada que s'hi ha donat. Però que no hi hagi la possibilitat de pensar no significa que no s'hi pugui pensar després. La naturalesa de l'acte humà de decidir té el mateix caràcter que la seqüència trobada en els casos – veure/actuar – i, per tant, serveix de model d'aproximació: el temps de l'acte de decidir és instantani i es produeix per la percepció de l'estímul que el causa, però l'acte respon a una lògica que es pot deduir *a posteriori*. Aleshores la lògica es pot desplegar entre un instant de veure, el temps de comprendre i el moment de concloure. És un desenvolupament lògic del temps que requereix la implicació del subjecte per ser desvelat, perquè en l'acte es revela la seva manera d'entendre el que volia dir allò que va veure i perquè la resposta ho és a la seva interpretació, no al fet en si. Això pel que fa a l'estructura de la situació i la resposta que s'hi dona.

Aquesta reflexió ha permès veure que la responsabilitat del metge en els actes violents la trobem en la resposta que hi dona. La violència contra el metge sempre es dona en el marc d'una consulta personal motivada per un pacient. Per tant, encara que el metge es posicioni objectivament està atenent algú que hi és per la seva subjectivitat. La posició del metge pot desencadenar una agressió però no n'és la causa darrera. Hi ha un malestar molt important del pacient que ja duia en arribar a la consulta i que s'ha drenat sobre el metge.

Per apropar-nos al fet violent, he recorregut als estudis sobre l'agressivitat a la consulta del psicoanalista que havia fet Lacan. Ell mostrà que l'agressivitat és inherent a la constitució psíquica. He distingit la violència com la forta empenta que un hom pot sentir en el cos, l'agressivitat com una tendència i l'agressió com la realització d'aquesta tendència, realització que conté i drena la violència que experimenta el subjecte per raó de la constitució pulsional. Què hi ha en la constitució del *jo* que pot fer agressiu l'home? Lacan explicà que el *jo* es constitueix bàsicament per oposició a l'altre semblant. El garbuix propioceptiu de l'infant pren una millor forma quan es copsa com un individu en el mirall. Aquesta unificació imaginària alegra el subjecte. Aquesta operació té una influència psicològica definitiva perquè permet entrar en la concepció d'un ésser unificat però, al mateix temps, unificat fora del cos: és la imatge en el mirall o la imatge del semblant la que es veu unificada, és una imatge separada del cos. Es diu que el subjecte queda alienat a una imatge i que n'és dependent. La imatge unificada no dona raó del malestar en el cos i això promou el rebuig de la imatge de l'altre – i pot arribar al rebuig de l'altre semblant – quan la seva unificació sembla impedir la pròpia i, per tant, la imatge unificada de l'altre incrementaria el malestar, l'experiència de disgregació subjectiva. En la posició especular del malestar, s'hi juga una relació de «o tu o jo».

Per altra banda, la paraula que ve de l'Altre que té cura unifica. Si la primera era una unificació per la imatge, aquesta és una unificació simbòlica. La unificació simbòlica pacífica. Hi ha paraules que donen consistència a l'ésser, però la paraula de l'altre no

cobreix del tot l'experiència subjectiva i en aquest punt cal un consentiment del subjecte per acceptar el límit. Aquest límit se sol acceptar per amor: si un es concep inclòs en el desig de l'Altre, n'accepta les limitacions, que són les limitacions per donar raó del propi ésser.

Aquestes unificacions simbòlica i imaginària donen consistència a l'ésser. La cessió del gaudi, per la qual el subjecte consent la manca que totes dues identificacions suposen, promou la consistència d'allò que no té nom en el propi ésser i esdevé la unificació *real*. Entenc real en el sentit lacanià, com la porció de món que no aconsegueix ser integrada en l'imaginari ni en el simbòlic. Aquesta porció de real que el subjecte cedeix, que deixa anar a la confiança de l'altre, esdevé per sempre més la veritable «raó» del seu ésser: una desraó lògica. L'estranyesa del cos pot trobar un límit en la funció paterna i el lloc d'acolliment que aquesta procura. La confiança en el metge com aquell que sap del cos del subjecte que el consulta provoca que se li transmeti aquesta desraó, que se li en faci *transferència*.

Cap aquest concepte de la psicoanàlisi, el de transferència, m'hi van orientar algunes afirmacions dels professionals sanitaris: pel que fa a la lògica interna de les agressions, més d'un metge va posar en relleu el fet que l'agressió li va ser dirigida perquè la pròpia actitud va atreure sobre seu una tendència que en principi no li anava destinada. Hi he dedicat un tram del treball. El que Freud va anar trobant en el seu treball, amb les pacients histèriques especialment, és que mentre anaven parlant i posant noms a les situacions viscudes, els conflictes i els malestars, s'anava produint un lligam afectiu de la pacient cap al metge. No se'n va adonar de seguida, ni tampoc de la seva potència en la cura. De moment, li va semblar que era un entorpidor del treball: les pacients s'anaven mostrant des d'amistoses fins a francament enamorades. De mica en mica es va adonar que el que feien era repetir una manera de fer en les relacions personals. Allí on el que es deia no era suficient per acollir i donar forma al malestar, hi prenia importància el llaç amb el metge, sorgien manifestacions en el vincle amb ell. Aquest fet esdevingué finalment el més important per a les cures analítiques, perquè en el límit del llenguatge, la partida es jugava en el terreny de la

transferència: la pacient transferia al metge les seves dificultats en l'àmbit personal, les reproduïa en la relació amb ell.

La resposta que Freud donà va ser de continuar amb el que havia iniciat: s'havia de parlar més, s'havia de produir un saber al voltant d'allò que s'estava actuant en la cura. S'havia de trobar la lògica amagada en l'actuació de la malalta. El maneig de la transferència és crucial, és el punt en què la influència del metge es posa en joc. En aquest punt, Freud indicà l'orientació ètica clau de la psicoanàlisi: no s'ha de respondre a la proposta amistosa o amorosa de la pacient, s'ha d'obtenir la seva traducció a paraules. És un maneig delicat perquè s'ha de fer sense ferir-la, sense que es trobi fora de l'escena que ha organitzat amb el metge. És a dir, s'ha de preservar el lloc més enllà de tota identificació possible. Per tant, preservar allò que hem destacat de la funció paterna.

Renunciant a tot paternalisme, a tota imposició del seu poder, Freud mantenia allò que permetia allotjar el malestar mentre hi anava donant millor sortida. El gaudi té una lògica interna que és la lògica de tot allò que ha marcat el subjecte per causa de l'entrada al món del llenguatge i la seva pèrdua conseqüent. És el que permet conèixer la psicoanàlisi per tal de poder acomodar-s'hi una mica millor. La psicoanàlisi és una pràctica de pèrdua, no hi ha cap protocol possible que hi funcioni, és una pràctica de l'acte.

Com es feia per poder mantenir el silenci del psicoanalista sobre aquesta qüestió? Com es feia per fer callar tot allò que el metge pogués sentir i que no havia de jugar la partida per tal de no influir en la pacient? L'anàlisi personal per conèixer els propis prejudicis i limitacions, per copsar la pròpia manera d'estar al món i no deixar que influís en les seves cures, esdevingué essencial per al psicoanalista.

Tornem als problemes de les consultes mèdiques. El discurs capitalista sosté que no hi ha límits a les eleccions possibles. Quan no és té en compte el gaudi, si es pensa que la

estupidesa és l'únic obstacle i es descompta dels comptes de la normalitat, es pot pensar un món on tot funcionaria sense aturadors. Aquest és el món del capitalisme, un món on res no ha de fer aturar el funcionament. És així com s'arriba a situacions d'excés i de crispació sense mesura en les persones, perquè el fet que no es compti amb el gaudi no impedeix que el gaudi segueixi operant i produint efectes. Per això només funcionen veritablement dos límits: l'esgotament del cos i la policia.

Atenent al que hem vist al llarg de la tesi, donar un lloc a la subjectivitat del pacient seria una clau per tractar el gaudi des de la transferència. La conversa que ha de fer de marc a aquest acolliment tindrà en compte el que la psicoanàlisi ha après del cos i del vincle. Serà una conversa necessàriament lligada al patiment i no podrà ser una conversa objectiva en el sentit científic del terme, tot i que haurà de deixar de banda la subjectivitat del metge en el sentit ètic del terme.

Tornem doncs al tema que ens ocupava en aquesta part del treball: la relació del metge i el pacient, la seva conversa. Com maniobrar en una conversa no objectiva i que és necessària respecte d'allò impossible d'aconseguir per la medicina? Cal parlar, cal fer alguna cosa més, quan no hi ha remei mèdic per al mal que duu el subjecte que consulta. En aquesta concepció, la tasca del metge no acabaria amb l'oferiment de les eines que proveeix la medicina.

La paraula és l'eina principal en aquest tram del treball. Com maniobrar tenint en compte que hi ha límits en la paraula, que hi ha límits en totes les disciplines que exercim? Els límits de la paraula són els que determinen la seva inadequació a la realitat i la seva inadequació a la veritat. Les paraules són insuficients per anomenar l'existent i poden ser usades per enganyar. En la història de la filosofia la qüestió de la veritat s'ha tractat com un problema moral i epistemològic. Inicialment moral i epistemologia varen anar juntes, però a mesura que el coneixement progressà ambdues se separaren, com també es varen separar el coneixement i la creença. Inicialment no hi havia coneixement que donés raó de les dificultats de l'home en el món i amb la vida; la creença era l'única manera d'enfrontar-s'hi. A mesura que progressà el coneixement,

persistí un marge de creença per poder garantir la bondat del coneixement. Quan el coneixement va mostrar molt de poder, va semblar que es podia prescindir de la creença i que s'havia d'acceptar que el coneixement no remetia necessàriament a l'existent sinó que remetia a les construccions humanes que el dibuixaven. No hi hauria una garantia de la veritat del coneixement, hi hauria moltes veritats possibles.

Ja en l'àmbit de les teories actuals dins del coneixement, he analitzat la posició pragmatista de dos autors: la de Habermas com representant kantianista alineat amb la bioètica i la de Rorty des d'una perspectiva liberal. També he introduït la perspectiva de Toulmin, un autor reconegut en bioètica. Hem vist que hi ha tres possibilitats de tractar el límit que pot aparèixer en tota conversa: per a Toulmin, els impassos causats per persones o pacients per raó del seu gaudi s'han de remetre i mesurar en relació amb la normalitat moral i les desviacions seran desestimades. Només considera les persones «com cal», en els seus càlculs. Per a Habermas, es tracta de no considerar el límit i de, amb relació a un ideal, sol·licitar el capteniment de les parts. És a dir, hi hauria un límit en l'home mateix, una moderació «natural» menada per la racionalitat ideal. Per a Rorty, es dóna el reconeixement d'un límit en el qual, diu ell, per sostenir una opinió no hi hauria arguments, sinó que s'hauria de «passar a les armes». Les dues primeres concepcions desestimen el gaudi diferent del «normal», no el deixen entrar en els càlculs i, per tant, no són realistes i promouen una desagregació del subjecte capturat per un gaudi que s'aparti de la norma social. En relació amb la resposta de Rorty, he trobat que, si considerem el límit, passar a les armes és reconèixer que en el límit de la paraula hi ha la violència. En aquest punt, considero que les armes són només una opció, val a dir una elecció: una decisió ètica. Quan la paraula o quan una disciplina de coneixement no tenen més arguments o mesures d'intervenció, el professional haurà de respondre personalment de la manca de la seva disciplina. Si no ho fa, algú pot passar a la violència.

Des d'aquesta perspectiva, podem tornar a considerar que el metge pot no ser responsable de l'agressió que se li adreça, però és, com a mínim, responsable de la seva resposta.

És així que podem dir que els límits del coneixement, que són també els límits de la paraula, obliguen sempre a prendre una posició ètica. Podem estendre les limitacions de la paraula pel que fa al seu abast, a les limitacions per poder saber alguna cosa de l'origen. Per això, axiomes i conclusions no correspondrien a un domini epistèmic sinó ètic. Fonteneau ho afirma dient que «un simple postulat, un axioma, pot ser ..., en la nostra opinió, assimilable a un acte ètic» (Fonteneau 1999, 16). Podríem entendre així el que mencionava en el darrer punt al voltant de les decisions que es prenen en l'àmbit del coneixement. Més enllà de la filosofia, la psicoanàlisi i la ciència, hi trobem el filòsof, el psicoanalista i el científic: cada un d'ells ha de respondre del camí escollit i els seus límits.

En el límit que el gaudi imposa al coneixement mèdic, només es pot donar una resposta ètica si s'accepta de tractar-lo: el reconeixement del límit al qual s'ha arribat i – és la proposta de la psicoanàlisi – l'obertura del pas a un nou mode de coneixement, el de les vies del desig i del gaudi. És el pacient, per la seva paraula, necessàriament tramada amb la del metge, qui pot saber alguna cosa del seu gaudi, i aquest saber serà útil per resoldre el malestar. L'elecció de fer-ho, el consentiment per aquesta nova operació, recaurà en el metge. Aleshores li caldrà manegar el silenci: per no aportar els seus prejudicis a la qüestió ètica que planteja al pacient, haurà de callar. Callar per donar pas a la paraula del pacient. Guardar el silenci per permetre l'elaboració de les paraules que el pacient tancava. Però no és un protocol, no hi ha protocol possible. En cada ocasió serà un acte del metge el que donarà pas a aquesta manera de fer. La resposta ètica, l'acte, és el que el metge ha de fer quan no pot donar raó de la seva decisió pels medis de la seva disciplina. Hi ha actes que no són cap resposta a grans dilemes sinó que configuren la trama del quotidià, però fan la vida molt diferent. El cos, la manera de fer i la presència del metge esdevenen essencials des d'aquesta perspectiva. Serà així tant en l'àmbit del tractament com en el del tracte, encara que en

aquesta tesi només ens hem ocupat del tracte. No es tracta de sostenir una llarga conversa, es tracta de mostrar que la persona del malalt té un lloc a la consulta del metge. És un canvi que suposa una cessió radical per part del metge: una part del saber que ha de manegar no és el de la seva disciplina sinó que prové del faïment del pacient en la seva vida. El metge cedeix una part del seu poder al pacient en permetre-li emparaular-se.

El pacient confia en el metge, li cedeix part de la seva autonomia. El metge pot respondre confiant en el pacient, cedint-li una part del saber en joc. El dret de decidir autònomament va ser un guany en la pràctica mèdica, és a dir, no es pot imposar una voluntat a la qual el malalt no ha consentit o que ha rebutjat manifestament. Però tampoc no se li pot imposar que faci valer com a desig allò que expressa com a voluntat en un moment de màxima feblesa. Aleshores, com ho faria el metge per obrir el procés de decisió del pacient i no tractar la seva resposta com una dada a la qual es respondria literalment?

La proposta que faig situa l'inici d'aquest treball molt abans del dia en què es plantegen el dilema i la necessitat de decidir. Situa el treball possible en el primer dia en què el pacient entra per la porta o quan se'l troba al llit del hospital. I és que la decisió que es planteja la bioètica té a veure amb la limitació del tractament que el metge pot oferir, però a què respon aquest oferiment, a quina demanda? Què demanava el pacient? Obrir el treball de la demanda és obrir el treball del desig. Fer-ho fa sentir el malalt singularitzat perquè li permet copsar a ell mateix una dimensió desconeguda d'entrada i li mostra el reconeixement del metge d'aquesta dimensió única, que el distingeix d'altres pacients. Obrir pas al treball de la demanda inaugura l'espai de confiança del pacient en el metge perquè li dona un lloc. Aquest gest retorna al metge la seva autoritat perquè el pacient accedeix a tractar l'estranyesa del seu gaudi. Potser això és el que donaria veritable sentit a la tasca del metge més enllà del poder curatiu de la seva tècnica?

El metge haurà de valorar quan aquest treball és possible, perquè no tots els pacients estan disposats a cedir. Però quan poden i volen, els canvis en la consulta mèdica poden ser radicals. No es tracta de seguir un protocol d'actuació, en aquest àmbit no és possible. Ni tant sols el consell d'obrir una conversa s'hauria de seguir del tot al peu de la lletra (Ravazet s.f.)⁶⁵.

La dificultat en aquesta manera de fer és que no hi ha previsió possible. Com a mesura general, la prevenció de la violència és la paraula, però els actes que suposa la paraula no es poden preveure. Ara bé, es poden analitzar posteriorment per anar extraient la lògica de les situacions amb els pacients, la lògica que mou a cada metge, i poder-se'n separar en la mesura justa per no imposar al pacient els seus prejudicis, ni deixar-lo alienat literalment al que diu desitjar. El taller clínic és una eina que permet l'anàlisi conjunta dels casos entre metges amb un psicoanalista.

Retornar a la paraula el seu valor de veritat requereix un acte que la sostingui tot acollint allò que la paraula no pot dir.

El gaudi obsta al principi d'autonomia, però el pacients tenen dret que els seus parers siguin respectats. L'autonomia és un dret de les persones, però no es fàcil sostenir-la en una situació de vulnerabilitat com és la malaltia. Quan les manifestacions del gaudi irrompen en la consulta mèdica, convé no rebutjar-les, però tampoc no convé animar-les. No es tracta de protegir-ne el pacient, però tampoc de deixar-lo a soles amb el seu gaudi. Acollir i interrogar les manifestacions que n'apareixen pot ser una proposta que permeti començar el treball possible. Aleshores el pacient cedeix part de la seva autonomia al metge per la confiança que hi té. Aquest, en obrir amb ell la conversa, obre la possibilitat de no deixar-lo alienat ni al patiment, ni a una pobre manera de dir, ni al prejudici del metge mateix. Poder expressar millor el patiment aclareix la raó. En moments de patiment, rebre el reconeixent de l'Altre aclareix la raó.

⁶⁵ Per exemple, hi ha pacients – especialment alguns psicòtics – per als quals parlar del que els preocupa pot incrementar la sensació de malestar irremeiablement, i aleshores és millor triar altres modalitats de conversa. O també hi ha casos en què el metge ha de mostrar una intenció agressiva per aturar la del pacient. En aquest sentit és notable el cas de la referència bibliogràfica.

L'autonomia serà possible de maneres diferents per als diferents pacients, està en mans del metge promoure-la.

Tornar la dignitat a la relació entre metge i malalt, tornar la dignitat al metge i al malalt, passa pel camí d'una ètica del particular en tant que aquesta remet al bon ús de la paraula que circula entre ambdós, pel camí d'una ètica a la que no es recorre només en el cas dels grans dilemes, perquè està al cor mateix de la medicina, en mans de cada metge.

12.1. REFLEXIÓ FINAL

El discurs capitalista imposa la irreflexió i aboca a solucions immediates i superficials al malestar. No dona espai a la interrogació ni al temps de comprendre els actes. En aquestes condicions, el subjecte no pot metaforitzar, i emmalalteix. És un discurs que duu a una manera de fer psicotitzada, un discurs que no creu en el vincle. Convé contrariar aquesta tendència. Per això, convé recuperar la capacitat de reflexionar, la capacitat crítica. La medicina només existeix per curar i és una tècnica? O la podem usar per atendre el malestar, alleujar-lo, curar de vegades? És una ciència? Conserva encara una vessant d'art?

El desenvolupament de la hipòtesi s'ha tramut amb la idea que els problemes del metge amb els pacients es deuen al fet que la medicina ha deixat de costat la paraula del pacient i també la del metge. No es tracta de la paraula que fa a la relació cortès. No es tracta de la paraula de l'intercanvi comercial. No es tracta de la paraula que convenç. Es tracta de la paraula que travessa el cos humà i el fa radicalment distint de l'animal.

Es tracta de la paraula bruta de vida.

Però això només es pot sostenir quan es creu en el poder de la paraula. Entre filòsofs i psicoanalistes és així. Però en ciència i en comerç es desconfia de la paraula i, lamentablement, el món d'avui s'organitza a partir de la ciència i el comerç. Em

refereixo, per descomptat, a la paraula veritable, no a la del mercader que no és paraula, és xerrameca. La paraula veritable compta amb el límit que li imposa la vida. La paraula veritable és oberta. Està oberta a tots els sentits i interpretacions, és una paraula que no es considera completa si no foradada i per això permet el vincle. La paraula del mercader és la paraula tancada de qui espera convèncer però no ser convençut. Si escolta és per conèixer prou l'interlocutor com per saber què vendre-li.

Sense la paraula viva, convoquem la violència de la pulsio al primer pla. Així explico l'agitació permanent que commou els cossos en la nostra època i que arriba a l'agressivitat en molts casos, no només a les consultes mèdiques.

Com manegar-nos doncs amb els pacients de l'excés? Com manegar l'excés dels nostres cossos? He explicat les meves propostes orientades per la psicoanàlisi, però no tinc una resposta definitiva. Potser el sosteniment d'una conversa permanent dels psicoanalistes amb els metges i els filòsofs interessats en aquestes qüestions seria un camí possible. Els metges en deuen veure molts més que els psicoanalistes, d'aquests pacients, perquè l'orientació actual és anar a aquells que saben del cos i això se li suposa al metge.

En aquesta conversa, la paraula no pot ser una eina com les altres tot i que la volem útil. Si fos com un pic faríem un forat i llestos. Però amb la paraula no es tracta del que es vol fer sinó del que la paraula fa i el que sorgeix en la conversa. El que forada i el que crea. Quan es comença una veritable conversa no se sap com acabarà. Si el que s'intenta és imposar la solució, si només s'ha de convèncer, no serà conversa. A una veritable conversa, quan un hi entra no sap què en sortirà ni com en sortirà. De vegades s'aconsegueix un aplaçament del problema, donar-se un temps, obrir un marge per a la reflexió o una via de solució. De vegades es troba la solució.

No podem suposar, però, que el llenguatge permeti una comunicació absoluta. Ignorar que sempre queda alguna cosa per dir només causaria més dolor. Però que el llenguatge confongui, que sigui parcial, que no pugui definir tot el que desitgem

tractar no ha d'ocultar el fet que només el llenguatge ens permet d'avançar fins al punt fins al qual és possible avançar. De vegades, la millor conclusió pot ser que quedi una conversa pendent.

La psicoanàlisi, la filosofia i l'amor estan proscrits en el discurs capitalista. Veiem com la filosofia desapareix dels plans d'estudis, com s'intenta prohibir la psicoanàlisi en alguns tractaments i com es diu que l'amor podria sorgir provocant encontres que no han de deixar cap marca⁶⁶. Però això no impedeix que psicoanàlisi, filosofia i amor existeixin, ni que puguem maniobrar-hi per tal d'obstar i d'aconseguir reintroduir marques en la vida.

Aquest treball n'és un intent.

⁶⁶ En aplicacions de contactes personals, com *Tinder* per exemple, en què la multiplicitat d'encontres possibles mostra la superficialitat amb què es conceben les relacions personals. Per descomptat que també s'hi poden produir veritables encontres, però no és el que es promou en la seva manera de plantejar-ho.

BIBLIOGRAFIA

Nota

Els textos de Freud i Lacan he escollit ordenar-los per data de la primera publicació. He consignat aquesta data al costat del títol de l'obra.

Els seminaris de Lacan no varen ser establerts i publicats per Jacques-Alain Miller fins anys després d'haver estat impartits. Per tal de preservar la lògica del seu ensenyament en la cronografia de l'obra, he escollit ordenar-los segons l'any en què varen ser dictats. Aquesta data consta al costat del títol del Seminari.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Agamben, G. *Homo Sacer*. Valencia: Pre-textos, 2003.
- Alemaný, M. «El paternalismo médico.» En *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*, de M. Gascón, M.C. González y J. Cantero, 745-788. Valencia: Tirant Lo Blanc, 2011.
- Altisent, Rogeli. «La gestión de la autonomía en la práctica clínica.» *Revista Eidon* (Fundación Ciencias de la Salud), nº 39 (enero-julio 2013): 35-43.
- Álvarez, J.M., y otros. *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid : Síntesis, 2004.
- Alvarez, P. «Verdad y crueldad.» *Revista Virtualia*. 07/08 de 2004.
<http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/palvarez-01.html> (último acceso: 15 de 04 de 2017).
- Arasanz, D. «El trabajo con los médicos desde un centro de salud mental.» *Red Psicoanálisis y Medicina*. 14 de 03 de 2016.
<http://redpsicoanalisisymedicina.org/antiguas/el-trabajo-con-los-medicos-desde-un-centro-de-salut-mental-un-intento-de-introducir-la-subjetividad1> (último acceso: 26 de 03 de 2016).
- Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Ajuntament de Barcelona. «Protocol de prevenció i gestió d'agressions als professionals de serveis socials.» Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2012.
- Arendt, H. *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza Editorial, 2005.
- Arendt, H. *Eichmann en Jerusalem*. Buenos Aires: Lumen, 2012.
- Aristóteles. «Primeros analíticos.» En *Tratados de lógica*, de Aristóteles. Madrid: Gredos, 1982-1988.
- Armengol, R. *Felicidad y dolor: una mirada ética*. Barcelona: Ariel, 2010.
- Arrieta, I. y Casado, A. «Los múltiples conceptos de autonomía en bioética.» Cap. 3 de *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética*, de Antonio Casado, 63-94. Pozuelo de Alarcón, Madrid: Plaza y Valdés, 2014.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental. «Una historia de violencia. Comunicado de la AEN.» www.amsm.es . 03 de 09 de 2015.
<https://amsm.es/2015/09/03/una-historia-de-violencia-comunicado-de-la-aen> (último acceso: 15 de 04 de 2017).

- Ausín, T. «Las ideologías de la bioética.» En *Ensayos sobre bioética*, de M.T.(coord) López de la Vieja, 169-186. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2009.
- Baas, B. «El deseo puro a proposito de "Kant con Sade" de Lacan.» *Freudiana*, nº 26 (05/08 1999).
- Babinski, J., y J. Froment. *Hystérie-pithiatisme & troubles nerveux d'ordre reflexe*. Paris: Masson et cie, 1918.
- Badiou, A. *Elogio del amor*. Madrid: La esfera de los libros, 2011.
- Balibar, E. *Violencias, identidades y civilidad. Para una cultura política global*. Barcelona: Gedisa, 2005.
- Balint, M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos, 1961.
- Barros, M. *Intervención sobre el Nombre del Padre*. Buenos Aires: Grama ediciones, 2014.
- Barros, M. «Obediencia sin autoridad: el sadismo nuestro de cada día.» En *Violencia y radicalización*, de M. (comp) Morao, 95-102. Buenos Aires: Grama, 2016.
- Battaino, R. «Presentación de las Jornadas de la EOL de 2013.» *Escuela de Orientación Lacaniana*. 22 de 10 de 2013.
http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=jornadas&SubSec=jornadas_eol&File=jornadas_eol/022/Boletines/14.html (último acceso: 05 de 01 de 2017).
- Bauman, Z., y G. Dossal. *El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España, 2014.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J.F. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- Benito, E. de «Un Nobel afirma que el mayor problema sanitario es la estupidez humana.» *El País*, 7 de octubre de 2003.
- Benjamin, W. *Para una crítica de la violencia*. México: Premià. Col. La nave de los locos, 1977.
- Benveniste, E. *Le Vocabulaire des institutions indoeuropéennes*. París: Les Ed. de Minuit, 1969.
- Bernaldo-de-Quirós, M. et al. «Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias.» *Emergencias*, nº 26 (2014): 171-178.
- Bernheim, H. M. *De la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica*. Oviedo: José Plaza y Castaños, 1887.
- Blancafort, X., E Masachs, y et al. «Estudio sobre la salud de los residentes de

- Cataluña.» *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona*. 03 de 2009.
http://www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf (último acceso: 31 de 05 de 2013).
- Breuer, J. «La señorita Anna O.» En *O. C. T.II*, de S. Freud, 47-70. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Breuer, J., y S. Freud. «Estudios sobre la histeria (1895d).» En *O.C. Vol. II*, de S. Freud, 1-342. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Briole, G. «L'èthique en médecine militaire.» *Médecine et armées*, 1996, 24, 8, 649-657
 649-657
- Briole, G. «Le jeune Lacan, tel qu'en lui même.» *La Cause Freudienne*, 2011: 98-105.
- Briole, G. *Le pharmakos au XXIe siècle*. 19 de 06 de 2015.
<http://www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2015/06/LQ-517.pdf>
 (último acceso: 04 de 05 de 2017).
- Broggi, M.-A. *Tracte i tractament en la pràctica clínica. Per una mirada més enllà de la malaltia*. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 2006.
- Broggi, M.-A. *Per una mort apropiada*. Barcelona: Edicions 62, 2011.
- Broggi, M. «"Discurs de resposta" al Discurs d'ingrés de Marc Antoni Broggi a la Real Acadèmia de Medicina de Catalunya.» En *Tracte i tractament en la pràctica clínica. Per una mirada més enllà de la malaltia*, de M.A. Broggi. Barcelona: Edició de la Reial Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya, 2006.
- Caillois, R. *El hombre y lo sagrado*. México: Fondo de Cutura Económica, 2004.
- Camps, V. «Prólogo a la edición española.» En *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*, de A.R. Jonsen, M. Sielgler y W.J. Winslade, 7-11. Barcelona: Ariel, 2005.
- Camps, V. «Autonomía, el principio "por defecto" .» *Bioètica & Debat*. Editat per Institut Borja de Bioètica. abril de 2011. file:///C:/Users/USER/Downloads/257005-346157-1-PB.pdf (último acceso: 23 de 01 de 2017).
- Camps, V. «La autonomía y sus perversiones.» fotocopia cedida per l'autora.
- Canguilhem, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- Carbonell, N. «No hay cuerpo sin discurso, no hay discurso sin cuerpo.» En *Analizando el cuerpo. La vigencia política del psicoanálisis*, de A.C. Gonzáles y B. Sáez, editado por A.C. Gonzáles y B. Sáez, 189-206. Barcelona: S&P Psicoanálisis y Sociedad Ediciones, 2013.
- Casado, A. «Autonomía y enfermedad: qué puede aportar la filosofía de la medicina a la bioética.» En *Autonomía con otros*, de A. Casado, 35-62. Pozuelo de Alarcón: Plaza y Valdés, 2014.

- Casado, A. «Introducción.» En *Autonomía con otros*, de A. Casado, 9-17. Pozuelo de Alarcón: Plaza y Valdés, 2014.
- Cassell, E. *La persona como sujeto de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2009.
- Castel, R. «L'autonomie, aspiration ou condition? à propos de "La société du malaise" d'Alain Ehrenberg.» *laviedesidees.fr*. 26 de 03 de 2010.
<http://www.laviedesidees.fr/L-autonomie-aspiration-ou.html> (último acceso: 04 de 01 de 2017).
- Charcot, J. M. *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso dadas en la Salpêtrière*. Editado por Coleccionadas y publicadas por Bourneville. Vol. III. Madrid: Librería de Hernando y Compañía, 1898.
- Clavreul, J. *El orden médico*. Barcelona: Argot compañía del libro, 1983.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. *Resum de la I Jornada sobre la violència contra el metge*. Resum, Barcelona: COMB, 2011a.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. «Vídeos de la I Jornada sobre la violència contra el metge.» *comb.cat*. 03 de 10 de 2011b.
<http://www.combtv.cat/home.asp?IdV=267> (último acceso: 15 de 04 de 2015).
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. *Què és la Unitat contra la violència als metges?* 2011c. <https://www.comb.cat/cat/professional/violencia/home.htm> (último acceso: 04 de 05 de 2017).
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
<http://www.comb.cat/cat/professional/violencia/home.htm> (último acceso: 02 de 01 de 2012).
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. «Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges.» *Quaderns de Bona Praxi*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, setembre de 2004.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Comitè d'experts del G.A.P.S. *La responsabilitat de l'acte mèdic*. Barcelona: Editorial Laia, 1983.
- Colina, F. *Sobre la locura*. Arganda del Rey (Madrid): cuatro.ediciones, 2013.
- Conill, J. «La invención de la autonomía.» *Revista Eidón*, nº 39 (enero-julio 2013): 2-12.
- Consorci Sanitari de l'Alt Penedés. *Fem l'hospital més amable*. 2012.
<http://www.csap.cat/ciutadania/informacio-practica/fem-hospital-mes-amable.html> (último acceso: 2012).
- Cosenza, D. *Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*. Madrid: Editorial Gredos, 2008.
- Cottet, S. *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Manantial, 1988.

- Bernaldo-de-Quirós, M., Cerdeira, J.C., Gómez, M.M. « Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. » *Emergencias* (2014): 171-178
- Delgado, A., L.A. Lopez-Fernández, J.D. Luna, L. Saletti Cuesta, N. Gil Garrido, y A. Puga González. «Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud.» *Gaceta Sanitaria* 24, nº 1 (2010): 66-71.
- Derrida, J. «Envío.» En *La desconstrucción en las fronteras de la filosofía*, de J. Derrida. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- Descartes, R. *Discurso del Método*. Madrid: Selecciones Austral de Espasa Calpe, 1979.
- Dessal, G. (responsable). «¿Qué puedo saber? ¿qué debo hacer? ¿Qué me está permitido esperar? Respuestas psicoanalíticas.» *Documento de trabajo - Pirmeras Jornadas EEP- ECFB*. Barcelona: Escuela Europea de Psicoanálisis, 19 de 09 de 1999.
- Diano, C. «Forma ed evento.» En *Il pensiero greco da Anassimandro agli stoici*, de C. Diano. Turín: Bollati Boringhieri, 2007.
- Díaz, E. *Agresividad y violencia: una problemática actual*. Barcelona: Instituto del Campo Freudiano, 2000.
- Dinouart, A. *El arte de callar*. Madrid: Ediciones Siruela, 2001.
- Duch, Ll. *La banalització de la paraula*. Buenos Aires: Breus CCCB, 2011.
- Dworkin, G. «Paternalism.» En *Morality an the Law*, de R:A:Wasserstrom (ed.), 107-126. Belmont: Wadsworth Publishing Co, 1971.
- Dworkin, R. *Virtud soberana : la teoría y la práctica de la igualdad*. Barcelona: Paidós, 2003.
- Efe «Médicos madrileñas aprenden a defenderse de agresiones en consulta.» en *El Periódico*, 18 de mayo 2015 <http://www.elperiodico.com/es/noticias/gente-y-tv-/medicos-madrilenas-aprenden-defenderse-agresiones-consulta-4196093>
- Ehrenberg, A. *La Société du malaise*. Paris: Odile Jacob, 2010.
- Ehrenberg, A. «Société du malaise ou malaise dans la société?. Reponse a Robert Castel.» *laviedesidees.fr*. 30 de 03 de 2010. <http://www.laviedesidees.fr/Societe-du-malaise-ou-malaise-dans.html> (último acceso: 10 de 12 de 2016).
- Eliade, M. *El sagrat i el profà*. Barcelona: Fragmenta editorial, 2012.

- Emanuel, J., y L. Emanuel. «Cuatro modelos de la relación médico-paciente.» En *Bioética para clínicos*, de A. Couceiro. Madrid: Triacastela, 1999.
- Esqué, X. «Más allá de la referencia al falo.» *Cuadernos de psicoanálisis*, nº 38: 55-58.
- Europa-press. *lainformación.com*. 12 de 06 de 2014.
http://www.lainformacion.com/salud/medicamentos/los-profesionales-sanitarios-seran-considerados-autoridad-publica-para-evitar-agresiones_gHR0AZ77hXdMTu1UZxXjc1/ (último acceso: 04 de 05 de 2017).
- Ey, H. «Médecine et psychanalyse.» *La revue du praticien. Journal d'enseignement postuniversitaire* (Baillièere et cia., éditeurs), 1970: 1589-1608.
- Feito, L. «La autonomía a examen, XIII Ateneo de Bioética.» *Revista Eidon*, nº 39 (enero-julio 2013): 61-67.
- Fernández Blanco, M. «La salud mental a la luz de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.» Editado por Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. *Freudiana*, nº 61 (2011): 135-150.
- Fernández Martín, M.J. «Análisis y registro de agresiones en UCI.» *Enfermería intensiva*. (2006): 59-66
- Fonteneau, F. *L'éthique du silence. Wittgenstein et Lacan*. Paris: Éditions du Seuil, 1999.
- Foucault, M. «¿Qué es un autor?» En *Entre filosofía y literatura*, de M. Foucault, 329-360. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Foucault, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores, 1985.
- Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Foucault, M. «Verdad y poder.» En *Obras esenciales*, de M. Foucault, 363-368. Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Freud, S. «Prólogo y notas complementarios a la traducción al alemán de Jean Marie Charcot, Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-88).» En *O.C. Vol. I*, de S. Freud, 17-22. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Sobre la psicoterapia de la histeria.» (1893-95) Cap. IV de *Estudios sobre la histeria* de Breuer y Freud en *O.C.Vol.II*, de S. Freud, 261-309. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- Freud, S. *La interpretación de los sueños (1900a)*. en *O.C. Vols. IV y V* Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Fragmento de análisis de un caso de histeria (1905e [1901]).» En *O.C. Vol. VII*, de S. Freud, 1-107. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- Freud, S. «Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre (1910h).» En *O. C. Vol. XI*, de S. Freud, 155-168. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico (1911b).» En

- O.C. Vol. XII, de S. Freud, 217-231. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Sobre la dinámica de la transferencia (1912b).» En O.C. Vol. XII, de S. Freud, 97-106. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Tótem y tabú (1912-13).» En O. C. Vol. XIII, de S. Freud, 1-164. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Freud, S. « Sobre la iniciación del tratamiento (1913c).» En O.C. Vol. XII, de S. Freud, 121-144. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Introducción al narcisismo (1914c).» En O.C. Vol. XIV, de S. Freud, 65-98. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914d).» En O.C. Vol. XIV, de S. Freud, 1-64. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Recordar, repetir y reelaborar (1914g).» En O.C. T.XII, de S. Freud, 149-158. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915a[1914]).» En O.C. Vol. XII, de S. Freud, 159-174. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Pulsiones y destinos de pulsión (1915c).» En O.C. Vol. XIV, de S. Freud, 113-134. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Los que fracasan cuando triunfan.» en «Agunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico (1916d) .» en O.C. Vol. XIV, de S. Freud, 323-337. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Duelo y melancolía (1917e [1915]).» En O.C. Vol. XIV, de S. Freud, 235-255. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (1919a).» En O.C. Vol. XVII, de S. Freud, 151-163. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- Freud, S. «Lo ominoso (1919h).» En O.C. Vol. XVII, de S. Freud, 215-251. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Más allá del principio del placer (1920g).» En O.C. Vol. XVIII, de S. Freud, 1-. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis (1924e).» En O.C. Vol. XIX, de S. Freud, 189-197. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Freud, S. «¿Pueden los legos ejercer el análisis? (1926e).» En O.C. Vol. XX, de S. Freud, 165-244. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
- Freud, S. «El malestar en la cultura.» (1930a [1929]) En O.C. Vol. XXI, de S. Freud, 58-140. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. «Análisis terminable e interminable (1937c).» En O.C. Vol. XXIII, de S. Freud, 211-254. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Freud, S. «Proyecto de psicología (1950a [1887-1902]).» En *Los orígenes del psicoanálisis* en O.C. Vol. I, de S. Freud, 323-446. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Freud, S. *Cartas a la novia*. Barcelona: Tusquets, 1973.
- Fuentes, A. «Un cuerpo, dos escrituras.» *Letras. Revista de Psicoanálisis de la Comunidad de Madrid de la ELP*. 2011.
http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=59:un-cuerpo-dos-escrituras&catid=14&Itemid=26 (último acceso: 04 de 04 de 2015).

- García Zabaleta, O., y A. Casado. «Los límites de la autonomía: un diálogo con Alfred Tauber.» En *Autonomía con otros*, de A. Casado, 173-196. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Plaza y Valdés, 2014.
- Gascón Abellan, M. «¿Puede el estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud?» *Humanitas, Humanidades médicas*. Octubre de 2007. <http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM20.pdf> Co (último acceso: 08 de 12 de 2016).
- Generalitat de Catalunya. *Denúncies per Internet*. 2017. <https://denuncies.dgp.interior.gencat.cat/denuncies/ipLock.do>.
- Girard, R. *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama, 2012 .
- Gómez Camarena, C. G. «Esquema ampliado de propuesta de trabajo del proyecto “Estudios institucionales: caracterización, perspectivas y problemas”» *laisumedu.org Laboratorio de análisis institucional del Sistema Universitario Mexicano*. 2007. http://www.laisumedu.org/DESIN_Ibarra/nuevoinst2007/esquemasampliados/Gomez-02.pdf (último acceso: 14 de 12 de 2012).
- Gómez, M. «La cuestión de los “tiempos” y el problema del “autor” en el discurso lacaniano.» *Astrolabio* , 2006.
- Gómez, M.E. «Cuerpo, goce y letra en la última enseñanza de Jacques Lacan. Análisis de algunas de sus condiciones de producción.» *Aesthetika. Revista internacional de cultura, subjetividad y estética*, 2005.
- Gomez-Durán, E. «Las agresiones a profesionales sanitarios.» *Revista Española de Medicina Legal* 38, nº 01 (enero-marzo 2012).
- Gracia, D. «Vida nueva.» *Revista Eidon*, nº 39 (enero-julio 2013): 1.
- Gracia, D., y M. Peiró. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012.
- Harding, T. «Théologie négative et psychanalyse.» Editado por Cause Freudienne. *Revue la Cause du Désir*, nº 90 (2015).
- Heller, J. «Syphilis Victims in U.S. Study Went Untreated for 40 Years.» *The New York Times*, 26 de 07 de 1972: 1.
- Hobbs, FDR, y UM. Keane. «Aggression against doctors: a review.» *JR Soc Med*, nº 89 (1996): 69-72.
- Hofmann, B. «On the triad Disease, illness and Sickness.» *Journal of Medicine and Philosophy* 27, nº 6 (2002): 651-673.

- Hume, D. *Tratado de la naturaleza humana*. Madrid: Tecnos, 2005.
- Ipar, J. J. «La histeria en la época preanalítica.» *alcmeon.com*. marzo de 2012.
http://www.alcmeon.com.ar/3/12/a12_07.htm (último acceso: 04 de 06 de 2013).
- Irizar, L. *El cuerpo, extraño*. Bilbao: Beta III Milenio, 2016.
- Irizar, L. *La pérdida del humano*. Bilbao: Beta III Milenio, 2014.
- Israel, L. *El médico frente al enfermo*. Barcelona: Los libros de la frontera, 1976.
- Jacob, A. (dir). *Encyclopédie philosophique universelle*. París: Presses Universitaires de France, 1998.
- Janet, P. *Les névroses (1909)*. Paris: Saguenay: Edition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh, 2006.
- Janet, P. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan, 1973.
- Jaudel, N. «Precaución máxima: prevención de la delincuencia en los Estados Unidos y en Europa.» En *La sociedad de la vigilancia y sus criminales*, de I. Ruiz Acero, 129-148. Madrid: Gredos, 2011.
- Jonsen, A.R., M. Sielgler, y W.J. Winslade. *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel, 2005.
- Judt, T. *Algo va mal*. Madrid: Santillana, 2010.
- Kant, I. *Fundamentación metafísica de las costumbres (1785)*. Madrid: Alianza, 2008.
- Khalifeh, H. i altres. «Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness.» *The British Journal of Psychiatry* 4, nº 206 (2015): 275-282.
- Kierkegaard, S. *Temor y temblor*. Madrid: Tecnos, 2000.
- Kline, M. *Matemáticas. La pérdida de la certidumbre*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores, 1985.
- Kuhn, T. S. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Lacan, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. (1932)Madrid: Editorial Siglo XXI, 1984.
- Lacan, J. «El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma.» (1944-1945) En *Escritos 1*, de J. Lacan, 187-203. Madrid: Siglo XXI editores, 1997.
- Lacan, J. «La agresividad en psicoanálisis.» (1948) en *Escritos 1*, de J. Lacan, 94-116. Madrid: Siglo XXI editores, 1997.

- Lacan, J. «El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica.» (1949) En *Escritos 1*, de J. Lacan, 86-93. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1997.
- Lacan, J. «Lo simbólico, lo imaginario y lo real.» (1953) En *De los nombres del padre*, de J. Lacan, 11-64. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud.* (1953-1954) Buenos Aires: Paidós, 1981.
- Lacan, J. *El Seminario 2. El yo en la teoría de Freud.* (1954-1955) Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Lacan, J. *El Seminario 3. Las Psicosis.* (1955-1956) Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Lacan, J. «Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis.» (1956a) En *Escritos 1*, de J. Lacan, 227-310. Madrid: Siglo XXI editores, 1997.
- Lacan, J. «Introducción al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud.» (1956b) En *Escritos 2*, de J. Lacan, 354-365. Madrid: Siglo XXI, 1997.
- Lacan, J. «Situación del psicoanálisis y formación del psicoanalista en 1956.» (1956c) En *Escritos 1*, de J. Lacan, 441-472. Madrid: Siglo veintiuno, 1997.
- Lacan, J. *El Seminario 4. La relación de objeto.* (1956-57) Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Lacan, J. *El Seminario 5. Las formaciones del inconsciente.* (1957-1958) Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Lacan, J. *El Seminario 6. El deseo y su interpretación.* (1958-1959) Buenos Aires: Paidós, 2014.
- Lacan, J. *El Seminario 7. La ética del psicoanálisis.* (1959-1960) Buenos Aires: Paidós, 1988.
- Lacan, J. «Discurso a los católicos.» (1960) En *El triunfo de la religión*, de J. Lacan, 11-65. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. «Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano.» (1960) En *Escritos 2*, de J. Lacan, 773-807. Madrid: Siglo XXI editores, 1995.
- Lacan, J. *El Seminario 8. La transferencia.* (1960-1961) Buenos Aires: Paidós, 2003.
- Lacan, J. «La dirección de la cura y los principios de su poder.» (1961) En *Escritos 2*, de J. Lacan, 565-626. México: Siglo veintinuno, 1995.
- Lacan, J. *El Seminario 10. La angustia.* (1962-1963) Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Lacan, J. «Introducción a los nombres del padre.» (1963) En *De los nombres del padre*, de J. Lacan, 65-103. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. «Kant con Sade.» (1963) En *Escritos 2*, de J. Lacan, 744-770. Madrid: Siglo XXI, 1995.
- Lacan, J. *El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.* (1964) Buenos Aires: Paidós, 1999.
- Lacan, J. «Psicoanálisis y medicina (1966).» En *Intervenciones y textos 1*, de J. Lacan, 86-99. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. «Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela.» (1967) En *Momentos cruciales de la experiencia analítica*, de J. Lacan, 7-23. Buenos Aires: Manantial, 1991.
- Lacan, J. *El Seminario 15. El acto psicoanalítico.* (1967-1968) Inèdit.
- Lacan, J. *El Seminario 16. De un Otro al otro.* (1968-1969) Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Lacan, J. *El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis.* (1969-1970) Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Lacan, J. *El Seminario 18. De un discurso que no fuera de semblante.* (1970-1971) Buenos Aires: Paidós, 2009.

- Lacan, J. «Del discurso psicoanalítico. Conferencia de Milán.» *elsigma.com*. 13 de 03 de 2006. <http://www.elsigma.com/historia-viva/traduccion-de-la-conferencia-de-lacan-en-milan-del-12-de-mayo-de-1972/9506> (último acceso: 05 de 05 de 2017).
- Lacan, J. *El Seminario 20. Aún.* (1972-1973) Buenos Aires: Paidós, 1981.
- Lacan, J. «El atolondradicho.» (1973) En *Otros escritos*, de J. Lacan, 473-522. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. «El triunfo de la religión.» (1974) En *El triunfo de la religión*, de J. Lacan, 67-100. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. *El Seminario 22. RSI.* (1974-1975) inédito.
- Lacan, J. *El seminario 23. El sinthome.* (1975-1976) Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Lacan, J. *De los Nombres del Padre.* Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. «Joyce el síntoma.» (1987) En *Otros escritos*, 591-598. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo.* Madrid: Guadarrama, 1969.
- Laín Entralgo, P. *Historia de la medicina.* Barcelona: Salvat editores, 1978.
- Laín Entralgo, P. *La relación médico-enfermo.* Madrid: Alianza Universidad, 1983.
- Laurent, E. *Entre transferencia y repetición.* Buenos Aires: Atuel, 1994.
- Laurent, E. «L'institution, la règle et le particulier.» *Mental*, 1996: 5-9.
- Laurent, E. entrevista de Virginia Arce. *Hemos transformado el cuerpo humano en un nuevo dios* (08 de 07 de 2008).
- Laurent, E. «L'avenir d'une illusion: le culte de la prévision.» Editado por Fédération Européenne des Écoles de Psychanalyse. *Révue Mental*, 2009: 39-50.
- Laurent, E. «Hablar con el propio síntoma, hablar con el propio cuerpo» *Argumento del VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de Orientación Lacaniana* www.enapol.com. 27 de 09 de 2012.
http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html (último acceso: 15 de 04 de 2017).
- Laurent, E. «Racismo 2.0.» *Telam*, 29 de 05 de 2014.
- Lázaro, J. y Gracia, D. «La nueva relación clínica. Prólogo.» En *El médico y el enfermo*, de P. Laín Entralgo, 9-37. Madrid: Ed. Triacastela, 2003.
- Léguil, C. «L'éthique en pratique : que faire de notre psychisme?» En *La pensée éthique contemporaine*, de J. Russ y C. Léguil, 95-123. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.
- Léguil, C. «La tecnificación de la ética.» *Red Psicoanálisis y Medicina*. 26 de 01 de 2017.
<http://redpsicoanalisisymedicina.org/analisis/la-tecnificacion-de-la-etica/> (último acceso: 26 de 01 de 2017).
- Leiris, M. «L'homme sans honneur. Notes pour le sacré dans la vie quotidienne.» *Université de Québec à Chicoutimi. Les classiques des sciences sociales*. 2015.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/leiris_michel/homme_sans_honneur/homme_sans_honneur.pdf (último acceso: 14 de 12 de 2016).

- Léstien, Rémi. «Mythe, sens et trou dans le savoir.» *Mental*, nº 22 (2009): 167-180.
- Lévy-Strauss, C. «El pensamiento salvaje» México: Fondo de Cultura Económica, 1964.
- Lévy-Strauss, C. «Familia, matrimonio, parentesco.» En *La mirada distante*, de C. Lévy-Strauss, 57-122. Barcelona: Argos Vergara, 1984.
- Lévy-Strauss, C. «El lenguaje y el parentesco.» En *Antropología estructural*, de C. Lévy-Strauss, 29-88. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1984.
- Lévy-Strauss, C. «Introduction.» En *Sociologie et anthropologie*, de M. Mauss. París: Presses Universitaires de France, 1985.
- Linard, F., y P.M. Girard. «Propriété du corps et production du savoir scientifique: aspects éthiques et juridiques.» *Mental*, nº 2 (03 1996): 105-120.
- López Jaramillo, C.A., y J.C. Holguín Lew. «Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill.» *Revista Colombiana de Psiquiatría* vol. 42, nº 1 (2013): 120-135.
- Lora, P. de « ¿Penalizar al enfermo “culpable” de su condición?» *Humanitas*. *Humanidades médicas*. diciembre de 2007.
<http://www.iatros.es/wpcontent/uploads/humanitas/materiales/TM22.pdf>
(último acceso: 08 de 12 de 2016).
- Martínez-Jarreta, B.; Gascón, S.; Santed, M.A. y Goicoechea, J. «Análisis médico legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. » *Medicina Clínica*. (2007): 307-310
- Marzano, M. *Consiento, luego existo*. Cànoves i Samalús: Proteus, 2009 .
- Marzano, M. *La violencia*. Barcelona: Breus CCCB, 2008.
- Maura, A. «Prólogo.» En *Gran Sertón Veredas*, de João Guimarães Rosa, 7-13. Madrid: Alianza editorial, 1999.
- Mauss, M. *Lo sagrado y lo profano*. Barcelona: Barral, 1970.
- Mauss M. i Hubert, H. *Assaig sobre la naturalesa i la funció del sacrifici (1899)*. Barcelona: Icaria. Breus clàssics d'antropologia, 1995.
- Meirieu, P. «El significado de educar en un mundo sin referencias.» *Blog de cátedras de la UNLP*. 27 de 06 de 2006. <http://blogs.unlp.edu.ar/pec/files/2015/05/Meirieu-Educar-en-la-incertidumbre-Conferencia-completa.pdf> (último acceso: 05 de 01 de 2016).
- Mèlich, J.C. *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder Editorial, 2010.
- Mèlich, J.C. *Lógica de la crueldad*. Barcelona: Herder, 2014 .
- Mercier, P. *Tren nocturno a Lisboa*. Barcelona: El Aleph Editores, 2008.

- Miller, J.-A. «Elementos de epistemología.» En *Recorrido de Lacan*, de J.-A. Miller, 41-58. Buenos Aires: Manantial, 1984.
- Miller, J.-A. «La ética en psicoanálisis.» En *Lógicas de la vida amorosa*, de J.-A. Miller, 111-126. Buenos Aires: Manantial, 1991.
- Miller, J.-A. *Silet*. París: Inèdit, 1995.
- Miller, J.-A. *Los signos del goce*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- Miller, J.-A. «Biología lacaniana y acontecimiento de cuerpo.» Editado por Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. *Freudiana*, nº 28 (2000): 19-47.
- Miller, J.-A. *El banquete de los analistas*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- Miller, J.-A. «Los seis paradigmas del goce.» En *El lenguaje, aparato de goce*, de J.-A. Miller, 141-180. Buenos Aires: Colección Diva, 2000.
- Miller, J.-A. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
- Miller, J.-A. *Los usos del lapso*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Miller, J.-A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Miller, J.-A. *Introducción a "Variantes de la cura tipo"*. Barcelona: Sección Clínica del Instituto del Campo Freudiano, 2005.
- Miller, J.-A. *Extimidad*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Miller, J.-A. «Jacques Lacan: observaciones sobre su concepto de pasaje al acto.» En *Suicidio, medicamentos y orden público*, de M. Puig y C. Bardón, 9-23. Barcelona: Gredos, 2010.
- Miller, J.-A. «La acción analítica.» En *Conferencias porteñas, tomo 2*, de J.-A. Miller. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Miller, J.-A. «No hay nada más humano que el crimen.» En *La sociedad de la vigilancia y sus criminales*, de I. Ruiz Acero, 15-22. Madrid: Gredos, 2011.
- Miller, J.-A. *Donc. La lógica de la cura*. Buenos Aires: Paidós, 2011.
- Miller, J.-A. «Contraportada.» En *Le Séminaire 6. Le désir et son interprétation*, de J. Lacan. París: Éditions de la Martinière, 2013.
- Miller, J.-A. *Piezas sueltas*. Buenos Aires: Paidós, 2013.
- Mirandola, G. P. della *Discurs sobre la dignitat del home*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València, 2004.
- Monribot, P. «¿Qué curación del cuerpo en análisis?» *Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano Ciudad de México*. 2005. <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principios-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis> (último acceso: 04 de 04 de 2015).
- Montero, F. i Morlans, M. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundació Doctor Robert, 2009.
- Moraga, P. «El mal.» *Virtualia. Revista digital de la EOL*. 11 de 2014. <http://virtualia.eol.org.ar/029/template.asp?Bordes-de-la-practica/El-mal.html> (último acceso: 04 de 05 de 2016).
- Morao, M. (comp). *Violencia y radicalización*. Buenos Aires: Grama ediciones, 2016.

- Moreno Jiménez MA. «El médico de familia ante la violencia verbal de los pacientes.» *Rev. FMC Atención primaria* 5, nº 11 (2004): 225-228.
- Morlans, M. *Fer costat al malalt*. Barcelona: Columna edicions, 1994.
- Muchembled, R. *Una historia de la violencia* Barcelona: Paidós Ibérica, 2010
- Muñoz, P. D. *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 2009 .
- Nancy, J.L. *Noli me tangere. Ensayo sobre el levantamiento del cuerpo*. Madrid: Trotta, 2006b.
- Nancy, J.L. *La representación prohibida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006c.
- Nicolás, J.A., y M.J. Frápoli. *Teorías de la verdad en el siglo XX*. Madrid: Tecnos, 1997.
- Nietzsche, F. *La Gaya Ciencia*. Madrid: Edaf, 2002.
- Nietzsche, F. *La genealogía de la moral*. Barcelona: Edicions 62, 2010.
- Nietzsche, F. *Sobre veritat i mentida en sentit extramoral*. Barcelona: Dialogo, 2017.
- Observatori de Salut Mental i Mitjans. *Informe 2015. Observatori de Salut Mental i Mitjans*. públic, Barcelona: Apunts, 2016.
- Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial. «Las agresiones a médicos aumentaron un 4,94 en 2015, con 361 casos.» *www.medicosypacientes.com*. 16 de 03 de 2016.
<http://medicosypacientes.com/articulo/las-agresiones-medicos-aumentaron-un-494-en-2015-con-361-casos> (último acceso: 06 de 05 de 2017).
- O'Neill, O. *A question of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002
- Ordóñez Fernández, M. P. «¿Histeria, simulación o neurosis de renta? .» *Revista Clínica de Medicina de Familia* 3, nº 1 (febrero 2010).
- Organización Médica Colegial. *Datos del Observatorio de Agresiones. Informe colegial*, Madrid: OMC, 2014.
- Organización Médica Colegial. *Datos del Observatorio de Agresiones. Informe colegial*, Madrid: OMC, 2015.
- Organización Médica Colegial. *Datos del Observatorio de Agresiones. Informe colegial*, Madrid: OMC, 2016.
- Otto, R. *Lo santo. Lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Alianza editorial, 2012.
- Palomera, V. *De la personalidad al nudo del síntoma*. Barcelona: RBA, 2012.
- Palomera, V. «Psicoanálisis y medicina.» Editado por Hugo Báez Editor. Córdoba. *Amor, Cuerpo y locura*, 2005: 7-27.

- Peteiro, J. *El autoritarismo científico*. Málaga: Ediciones Miguel Gómez, 2010.
- Peusner, P. «¿Qué importa quién habla? El encuentro de Lacan y Foucault que dio origen a los cuatro discursos.» *forofarp.org*. 10 de 08 de 2009.
<http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Pablo%20Peusner/Que%20importa%20quien%20habla-AUN.pdf> (último acceso: 09 de 05 de 2017).
- Platón. *La República*. Madrid: Alianza editorial, 1999.
- Plutarco. *Vidas Paralelas: Alejandro, César, Pericles, Fabio Máximo, Alcibíades, Coriolano - Tomo V*. Barcelona: Bruguera, 1983.
- Puig, M., y Bardón C. (compiladoras) *Suicidio, medicamentos y orden público*. Barcelona: Gredos, 2010.
- Puyol, A. *Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de publicacions, 1999.
- Puyol, A. «¿A quien debemos dejar morir?» *Claves de razón práctica*, 2000: 54-59.
- Puyol, A. «Bioètica i justícia. Com racionar els recursos limitats de la sanitat?» En *La Gestió de la salut, reptes ètics*, de R., Nello, A. i Cardona, X. (Ed.) Boixareu, 79-103. Barcelona: Prohom Edicions, 2005.
- Puyol, A. «Un fundamento inesperado para la autonomía en la bioética actual.» En *Autonomía con otros*, de A. Casado, 19-34. Pozuelo de Alarcón: Plaza y Valdés, 2016.
- Raimbault, G. *Médecins d'enfants. (Onze pédiatres, une psychanalyste)*. París: Éditions du Seuil, 1973.
- Rancière, J. «La imagen intolerable.» En *El espectador emancipado*, de J. Rancière, 89-106. Pontevedra: El lago ediciones, 2010.
- Ravazet, J.-C. «Claro y oscuro. Un control con Lacan.» *antroposmoderno.com*.
http://www.antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=200.
- Recalcatti, M. *¿Qué queda del padre?* Barcelona: Xoroi ediciones, Comunidad de editores, 2011.
- Riches, D. *El fenómeno de la violencia* Madrid: Pirámide, 1988
- Rigaux, N. *Raison et déraison. Discours médical et démence sénile*. Bruxelles: De Boeck, 1992.
- Robin, D. *Violence de l'insécurité*. París: Presses Universitaires de France, 2010.

- Roig, M. «La por del metge. Apunts per a una reflexió.» *Quadern Caps*, 1991: 105-106.
- Rorty, R. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Rorty, R., y J. Habermas. *Sobre la verdad: ¿Validez universal o justificación?* Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Rotterdam, E. de *Alabanza de la estupidez*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, 2016.
- Roudinesco, E. *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (1885-1839)*. Madrid: Editorial Fundamentos, 1988 .
- Roudinesco, E. *Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*. París: Fayard, 1993 .
- Ruiz Acero, I. (compilador). *La sociedad de la vigilancia y sus criminales*. Madrid: Gredos, 2011.
- Sandel, M. *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Barcelona: Marbot ediciones, 2015.
- Sandel, M. *Justicia ¿hacemos lo que debemos?* Barcelona: Debate, 2011.
- Seguin, G. «“Trois de la même famille” Lettre de Gabriel Seguin à ses parents, du 23 février 1916.» En *Souvenirs de Guerre*, de A. Thibeaudeau, 20. Rochefort-sur-Mer: Société Anonyme de l'imprimerie Ch. Thèze, 1918.
- Seoane, J.A. «La construcción jurídica de la autonomía del paciente.» *Eidon*, nº 39 (enero-julio 2013): 13-34.
- Servimedia «Los médicos aprenden defensa personal contra las agresiones de los pacientes.» *El Mundo*. Madrid, 18/05/2015
<http://www.elmundo.es/madrid/2015/05/18/5559bdf922601d42528b457f.html>
- Shopenhauer, A. *Los dos problemas fundamentales de la ética*. Madrid: Siglo XXI de España editores, 2009.
- Silvestre, M. «El padre, su función en el psicoanálisis.» En *Mañana el psicoanálisis*, de M. Silvestre, 68-93. Buenos Aires: Manantial, 1988.
- Silvestre, M. «La interpretación de la demanda.» En *Mañana el psicoanálisis*, de M. Silvestre, 99-103. Buenos Aires: Manantial, 1988.
- Silvestre, M. «La transferencia.» En *Mañana el psicoanálisis*, de M. Silvestre, 35-67. Buenos Aires: Manantial, 1988.
- Skinner. *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella, 1981.
- Sournia, Jean-Charles. *Histoire de la Médecine*. Paris: La découverte, 2004.
- Mill, J. S. *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza Editorial, 1970.

- Szasz, T. *La teología de la medicina*. Barcelona: Cuadernos ínfimos. Tusquets editores, 1981.
- Tarrida, C. «Derivaciones: entre el trámite y el acto.» *Red Psicoanálisis y Medicina*. 08 de 01 de 2016. <http://redpsicoanalisisymedicina.org/antiguas/derivaciones-entre-el-tramite-y-el-acto1/> (último acceso: 08 de 01 de 2017).
- Tauber, A.I. *Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico*. Madrid: Triacastela, 2011.
- Teixidó, A. *La transferència: entre l'amor i el saber*. Barcelona: Copia dipositada a la Secció Clínica de Barcelona del ICF. Inèdit, 2001
- Teixidó, A. *El amor de transferencia (DES del Instituto del Campo Freudiano)* Barcelona: Copia dipositada a la Secció Clínica de Barcelona del ICF, inèdit, 2004
- Teixidó, A. «Investigació al voltant de la relació metge/pacient.» *Nodus*. 01 de 06 de 2005. <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=202&autor=7&pub=3&rev=28> (último acceso: 14 de 12 de 2014).
- Teixidó, A. *El desig de l'analista. Transferència i pulsio (DEA del Instituto del Campo Freudiano)*. Barcelona: Copia dipositada a la Secció Clínica de Barcelona del ICF, inèdit, 2011
- Teixidó, A. «¿Hay alguien?» Editado por Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. *Revista El Psicoanálisis*, nº 21 (Abril 2012): 116-120.
- Teixidó, A. «El estatuto epistemológica del psicoanálisis.» *Psicoanálisis y ciencia*. 03 de 07 de 2010. <https://psicoanalisisyciencia.wordpress.com/2010/07/03/el-estatuto-epistemologico-del-psicoanalisis/> (último acceso: 01 de 03 de 2014).
- Teixidó, A. «El real en el sexo, el real en la palabra.» *Tiresias*. 03 de 12 de 2014. <http://tiresias.jornadaselp.com/2014/12/el-real-en-el-sexo-el-real-en-lapalabra> (último acceso: 28 de 08 de 2016).
- Teixidó, A. «El parlêtre, ese ser al que el cuerpo excede» a Papers num. 4 del X Congrés de l'AMP. www.congressoamp2016.com. 2014. Teixidó, A. «Del nombre del padre al nombre.» Editado por Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. *Freudiana*, nº 70 (enero-abril 2014): 63-68. <http://www.congressoamp2016.com/pagina.php?area=10&pagina=57> (último acceso: 15 de 04 de 2017).
- Teixidó, A. «Lo que no tiene nombre. Cómo se trata del goce en religión, ciencia y psicoanálisis.» Editado por Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. *El psicoanálisis*, nº 28 (marzo 2016): 114-119.
- Testa, A. (directora). «Acto político.» *Colofón*, nº 35 (2015): 5-96.
- Testa, A. (directora). «Amor y sacrificio.» *Colofón*, nº 36 (10 2016): 5-64.
- Tizio, H. «La educación y los cuerpos de hoy.» (1999) en *Freudiana* nº 47. Pág. 31
- Tizio, H. «El declive del padre.» *Tiresias*. 25 de 12 de 2014. <http://jornadaselp.com/el-declive-del-padre> (último acceso: 02 de 01 de 2015).
- Tizio, H. *La función del síntoma*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2015.

- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Reserach. «Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación.» En *Ensayos clínicos en España(1982-1988) Monografías Técnicas nº 17*, Anexo 4. Madrid: Publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo., 1990.
- Tomás-Valiente, C. «Comentario editorial del artículo Gascón Abellán, M. “Puede el estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud?”.» *Humanitas Humanidades médicas*. octubre de 2007.
<http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/TM20.pdf> (último acceso: 23 de 01 de 2017).
- Toulmin, S. *Regreso a la razón.El debate entre la racionalidad y la experiencia y la práctica personales en el mundo contemporáneo.* . Barcelona: Península, 2003.
- Ubieto, J.R. *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Editorial UOC, 2012.
- Ubieto, J.R. «Nuevos paradigmas de la relación asistencial.» *Papeles del psicólogo* 33, nº 2 (2012): 101-108.
- Velado, L. «Del organismo mudo al cuerpo de la palabra.» *Red Psicoanálisis y Medicina*. 30 de 03 de 2016. <http://redpsicoanalisisymedicina.org/antiguas/del-organismo-mudo-al-cuerpo-de-la-palabra1/> (último acceso: 15 de 04 de 2016).
- Vicens, A. «Psicoanálisis, medicina. Prólogo.» En *El orden médico*, de J. Clavreul, 5-22. Barcelona: Argot compañía de libro, 1983.
- Vicens, A. (establecimiento). *Lakant*. Barcelona: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano, 2000.
- Wittgenstein, L. *Investigacions filosòfiques* . Barcelona: Edicions 62, 1997.
- Wittgenstein, L. *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Alianza, 2003.
- Woolf, V. *Estar enfermo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2007
- Zizek, S. *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2009

PEL·LÍCULES I ALTRE MATERIAL AUDIOVISUAL

- I, Daniel Blake*. Dirigido por Ken Loach. Interpretado por Dave Johns. 2016.
- La maladie de Sachs*. Dirigido por Michel Deville. Interpretado por Albert Dupontel. 1999.
- Tren nocturno a Lisboa*. Dirigido por Bille August. Interpretado por Jeremy Irons. 2013.
- Una cita con Lacan*. Dirigido por G. Miller. Interpretado por G. Miller. 2013.

Entrevista a Miquel Bassols realizada por la Organización del XX Encontro Brasileiro do Campo Freudiano, *Trauma en los cuerpos, violencia en las ciudades*
<https://www.youtube.com/watch?v=MwcMSNXer74>

LEGISLACIÓ CITADA

Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets del home i la seva dignitat subscrit el dia 4 d'abril de 1997, el qual ha entrat en vigor a l'Estat Espanyol l'1 de gener de 2000 - Citat al Preàmbul de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica - Publicada en el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 134/VI, del 28 de desembre de 2000, correcció d'errades núm. 137/VI i 161/VI.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente – Publicada al Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pàgs. 40126 a 40132

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia - Publicada al Boletín Oficial del Estado núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, pàgs. 44142 a 44156

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia - Publicada al Boletín Oficial del Estado núm. 180, de 29 de julio de 2015, pàgs. 64544 a 64613

Sentencia 1030/2007, de 4 de diciembre, Recurso 759/2007, del Tribunal Supremo Sala 2ª, de lo Penal