

Buenos y malos médicos, una aproximación psicodinámica.

Partamos de que los médicos no son santos. ¿No nos hemos sentido todos aburridos e irritados por ciertos pacientes deseando que la consulta termine?. ¿Puede algún médico decir honradamente que el o ella no ha sentido nunca un destello de interés sexual por un paciente? No hemos nunca, y después del caso del Doctor Shipman * esto es muy difícil de decir, imaginado la muerte de ciertos pacientes y el alivio que esto supondría, no solamente para ellos sino también para nosotros, sus impotentes cuidadores? ¿Acaso en ocasiones no experimentamos resentimiento ante las demandas de personas para los que la enfermedad se ha convertido en un modo de vida? ¿Quién no ha visto sus pensamientos alejarse del paciente y dirigirse hacia nuestras propias preocupaciones y necesidades, de sueño, comida o distracción o hacia nuestros planes futuros familiares o profesionales.

Incluso, yendo más lejos, quizás en vez de estar motivados por altruismo e integridad científica, estamos meramente usando a nuestros pacientes para reforzar nuestro frágil sentido de competencia y salud. La mayoría de los médicos parecen razonablemente saludables, física y mentalmente, cuando nos movemos en nuestros hospitales y centros de salud, fuertes y poderosos en contraste con la vulnerabilidad y distress que nos rodea. ¿de este modo, no nos estamos tratando a nosotros mismos a la vez que lo hacemos con nuestros pacientes?.

¿Que pasaría si no fuéramos apropiados para nuestro trabajo? , ¿Confesando estos fallos estamos escribiendo una nota de suicidio? ¿qué podemos hacer con estas reacciones tan humanas? ¿Tenemos que ignorarlas, reprimirlas o comentándolas podemos utilizarlas al servicio de nuestro trabajo?

La distinción crucial está entre pensamiento y acción. Debemos buscar ser íntegros en palabra y conducta, pero podemos permitirnos ser tan desagradables como queramos en nuestros pensamientos. Cuanto más conscientes seamos de nuestras reacciones a los pacientes a pesar de lo extrañas, irrelevantes o no profesionales que puedan parecer, menos inclinados estaremos a utilizar el desequilibrio de poder de forma inapropiada. Cuando la relación entre el médico y el paciente va por caminos negativos usualmente es debido a la confluencia de necesidades inconscientes de ambos. Si un médico solitario fuera consciente y capaz de articular sus extensas fantasías sexuales sería mucho más probable que no acabará en la cama con una paciente deprimida con un pasado de abuso sexual. A menudo unos pocos minutos de quejas sobre los pacientes con los colegas antes de pasar visita, favorece consultas mejores y más compasivas.

Los sentimientos que el médico tiene o su conducta cuando se relaciona con los pacientes, son a menudo un reflejo mundo interior del paciente por medio de un mecanismo mental conocido como “identificación proyectiva”. Si un médico está aburrido cuando ve a un determinado paciente, esto puede ser porque el paciente se encuentra desinteresado y apático o bien porque está enfadado pero no puede expresar este enfado. Una preocupación excesiva acerca de un paciente puede ser el resultado de estar “infectado” por la ansiedad del paciente pero de forma desproporcionada a la situación objetiva.

El General Medical Council prescribe qué deben los médicos hacer y qué no deben hacer. Aunque esto sea indudablemente útil (la mayoría de los médicos conscientemente se identifican con estas prescripciones de todos modos) la cuestión de porque ocurren malas o dañinas practicas profesionales permanece sin tener respuesta. Creo que esto es debido, como todos los seres humanos, somos menos coherentes de lo que nos gustaría pensar que somos y estamos motivados por

fuerzas de las que no somos conscientes tanto como por el deseo consciente de sanar y hacer un buen trabajo. En último término la clave de una buena práctica médica no son las regulaciones sino la capacidad para ponernos en la piel de nuestros pacientes y imaginar lo que sería ser el receptor de nuestra atención. Hay muchas formas de adquirir esta capacidad para una práctica reflexiva: role play, escuchar las perspectivas de nuestros pacientes, ser un paciente (a causa de una enfermedad o por medio de recibir terapia o counselling). Los grupos Balint, difundidos en medicina de familia, intentan explorar los sentimientos del médico sobre el paciente por medio de una discusión facilitada de casos. Yo creo que todos los médicos deberían acudir a grupos tipo Balint durante su formación

La búsqueda de ser un buen médico es una ilusión y nuestro inconsciente puede conseguir que siga siéndolo. El psicoanalista Donald Winnicott aseguraba a las madres que ser “suficientemente buena” es preferible a tratar desesperadamente de ser ideal. Las madres que son “suficientemente buenas” proporcionan a sus hijos la oportunidad de afrontar de forma efectiva las desilusiones y los fracasos en el contexto proporcionado por el amor. De forma similar, si podemos sin autocomplacencia poner nuestras partes buenas y malas juntas y conseguir ser un médico “suficientemente bueno” debemos sentirnos contentos. Pero lo que es más importante, se podrán sentir satisfechos nuestros pacientes aunque alguna vez vean que los dejamos en segundo lugar.

Jeremy Holmes. BMJ 2002;325:722.

* Médico británico acusado y condenado por matar de forma intencionada a decenas de sus pacientes a lo largo de su vida profesional.

Reviews

Personal views

Good doctor, bad doctor—a psychodynamic approach

Let's face it—we doctors aren't saints. Have we not all sometimes felt bored and irritated by certain patients, longing for the consultation to end? Can any doctor honestly say that he or she has never felt a flicker of sexual interest in a patient? Have we never—and post-Shipman it is very difficult to say this—imagined the death of certain patients and the relief that would bring, not just to them but to us, their impotent carers? Do we not at times resent the demands of people for whom illness seems to have become a way of life? Whose thoughts have not sometimes drifted off towards their own concerns—to the need for sleep, food, or distraction or to some family, career, or future plans?

We are merely using our patients to bolster our own fragile sense of competence and health

Moreover, perhaps rather than being motivated by altruism and scientific integrity, we are merely using our patients to bolster our own fragile sense of competence and health. Most of us look reasonably healthy, physically and mentally, as we stride about "our" hospitals and surgeries, strong and powerful in contrast to the vulnerability and distress with which we are surrounded. Are we not treating ourselves, our vulnerability and fear, as much as our patients?

So is none of us really fit to practise? In confessing to these failings, am I writing a professional suicide note? What are we to do with these normal human reactions? Are we to ignore them, repress them, speak out about them—or can we use them in the service of our work?

The key to good doctoring is not regulation, but the ability to put ourselves in our patients' shoes

The crucial distinction is between thought and action. We aim, as far as possible, to be pure in word and deed, but we can allow ourselves to be as ugly as we like in thought. The more aware we are of our reactions to a patient—however bizarre, irrelevant, or unprofessional these may seem—the less likely we are to use the power imbalance between us to act in untoward ways. When bad things happen between doctors and patients it is usually due to a confluence of the unconscious needs of both. If the lonely doctor had been aware of and been able to articulate the extent of his sexual fantasies he would have been far less likely to end up in bed with his sexually abused and depressed patient. I often find that a few minutes' irreverent moaning about patients with colleagues before a ward round leads to better and more compassionate consultations.

The feelings a doctor has, or actions he or she carries out in relation to patients, are often a manifestation of the patient's inner world, via a mental mechanism known as "projective identification." If a doctor is bored with a patient, this may be because the patient is feeling dull or uninteresting or is angry about something but cannot express the anger.

Excessive worry about a patient may be the result of being infected by the patient's anxiety—but out of proportion to the objective situation.

The GMC prescribes do's and don'ts for doctors. Although these are undoubtedly useful, most doctors consciously subscribe to them anyway, and the question of why bad or harmful practice continues remains unanswered. I believe this is because, like all human beings, we are less coherent than we like to think, and are motivated by forces of which we are unaware as much as by the conscious wish to heal and do a good job. Ultimately the key to good doctoring is not regulation, but the ability to put ourselves in our patients' shoes—to imagine what it might be like to be on the receiving end of our treatment. There are many ways to acquire this capacity for reflexive practice: role play, listening to users' perspectives, being a patient (through illness or through therapy or counselling). "Balint" groups, widely used in general practice, attempt to explore doctors' feelings about their patients through facilitated case discussion. I believe that all doctors should attend Balint-type groups in their training.

The search for the good doctor is an illusion—our unconscious minds will make sure of that. The psychoanalyst Donald Winnicott reassured mothers that to be "good enough" was preferable to striving to be ideal. Mothers who are good enough provide children with the opportunity to learn to cope effectively with disappointment and failure in the context of love. Similarly, if we can without complacency bring our good and bad parts together to become a good enough doctor, we should be content. More importantly, so will our patients be, despite sometimes feeling let down by us.

Jeremy Holmes, *consultant psychiatrist/psychotherapist.*

North Devon District Hospital, Barnstaple, Devon