



QUEMADOS POR EL SOL (DE LA INSTITUCIÓN)

En psiquiatría, como en el resto de las especialidades médicas, es preciso diferenciar el punto de vista clínico, que atiende al caso individual, de la patología o estudio de las enfermedades, considerándolas como entidades, independientemente del sujeto al que afectan. Dice a este respecto Laín Entralgo en *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*: «No hay clínica sin doctrina patológica (...) Para que la clínica no sea burdo empirismo o crasa curandería, el médico necesita 'saber' acerca de la enfermedad más de lo que él mismo 've' en sus enfermos».

Atendiendo a la etimología del término, la *clínica* se refiere al sujeto enfermo, a cuya cabecera ha de situarse el médico. Por tanto, el objeto de la clínica es el enfermo y no la enfermedad pues cada sujeto tiene unas peculiaridades que confieren a los síntomas cierta individualidad. En el caso de la psiquiatría, frontera entre las ciencias de la naturaleza y las del espíritu, este problema se proyecta en su más profunda radicalidad. Mientras que la psiquiatría científiconatural pretende *explicar* la conducta mediante la observación y el establecimiento de leyes, la psiquiatría antropológica va más allá de la observación y trata de *comprender* los pensamientos, sentimientos, deseos e intenciones del sujeto, es decir, el conjunto de factores considerados determinantes de la conducta. Windelband introdujo los términos *nomotético* e *idiográfico* para designar estos dos tipos de enfoque: uno mediante el establecimiento de leyes, el otro mediante la descripción del caso individual. La esencia de la psiquiatría antropológica radicaría en su atención al caso individual en su desarrollo biográfico. En cualquier caso, aún en el de la enfermedad somática, y en la medida en que ésta constituye una situación con la que ha de contar el sujeto, la misión del médico –en salud mental también del psicólogo– consiste en tratar de comprender al enfermo. ¿Qué supone para este hombre ambicioso, profesional reputado, haber sido diagnosticado de un carcinoma grave? Volvamos nuevamente a Laín Entralgo: «... cuando se ha logrado comprender la significación personal de una enfermedad –su 'sentido' dentro de la personal existencia del paciente–, el relato patográfico pasa de ser 'historia clínica neutral' a ser la 'historia del enfermo'».

En el caso de la psiquiatría, ocupada del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de conducta, el mecanismo de la comprensión ha de ir más allá, pues no solamente se trata de inteligir lo que supone para el sujeto el padecimiento de un tras-



torno psíquico, sino que, al surgir éste desde el mismo sujeto, es necesario tratar de dilucidar los motivos determinantes de los síntomas que sufre. Al hacer esto, la historia clínica convencional se convierte en patografía, en la que el sentido de los síntomas se obtiene a partir del contexto biográfico del paciente.

Ateniéndonos a lo hasta ahora dicho, podemos preguntarnos: ¿Qué está sucediendo hoy con la escucha en la clínica pública?, ¿seguimos intentando tratar a nuestros pacientes en el sentido más radical del término, o les abordamos con la filosofía del guardia de tráfico: estos aquí, aquellos allá (recursos, fármacos), con el objetivo nunca explícito de no crear atascos, evitando investigar los mecanismos psicológicos que están en el origen de su malestar? Pero, sobre todo, ¿seguimos hoy proponiendo el espacio de tratamiento, sea este la sesión, el grupo, la entrevista de quince minutos, como un lugar donde se procura el cambio o, por el contrario, como un mero trámite al que nos obliga una elección profesional ya anclada en un remoto pasado?

En los últimos años hemos pasado de estudiar a nuestros pacientes a estudiarnos a nosotros mismos. Las investigaciones sobre el *burn-out* desplazan el foco desde el paciente (demasiado opaco), abandonan la institución (demasiada impotencia), para fijarse en los profesionales como sufridos receptores de unos y de otra. En descarga de esta actitud egocéntrica se encuentran algunos hechos. En primer lugar el tiempo. El tiempo que requiere la clínica es atemporal y, por lo tanto, contrario al que la institución propone. Este punto, rodeados como estamos de colegas que trabajan contra reloj y se ven obligados a dedicar a cada paciente no más de 10 o 15 minutos y a citarlos con intervalos de entre 30 y 60 días, es tan evidente que no nos vamos a detener en él.

En segundo lugar la subjetividad. Requisito indispensable para que tenga lugar el proceso de tratamiento, la subjetividad implica la apertura tanto del paciente como del terapeuta a una interrelación que afecta a ambos, lo que quiere decir que modifica a los dos, al poner en relación a dos sujetos de manera asimétrica, con sus límites y sus posibilidades. El terapeuta reconoce la subjetividad del otro, le confiere una singularidad que hoy, a menudo, aparece socialmente perdida, y construye con él, y junto a él, una narración sujeta a múltiples modificaciones, que intenta dar cuenta del malestar del paciente procurándole sentidos, a menudo mediante la propuesta de sentido que el terapeuta hace a partir de lo que aquel le suscita a él mismo. Sin embargo, frente a este reconocimiento intersubjetivo, singularísimo, la propuesta que hace la institución sanitaria consiste en igualar, homogeneizar, desubjetivizar mediante categorías nosológicas a quienes ya sufren la desubjetivación en sus propias vidas. La desubjetivación de los profesionales, arrojados en el marco de la institución también podría ser objeto de análisis. Oponerse a esta tendencia a la uniformidad aparece hoy como una tarea heroica que nos «quemamos» a los de por sí ya muy combustibles terapeutas.

¿Seguimos pensando hoy que esta tarea sigue mereciendo nuestro esfuerzo? Al igual que Sísifo, parece ser que nuestro quehacer clínico consiste en remontar una y otra vez las fallas de nuestra constitución social y subjetiva, venciendo el cansancio de la repetición. Por otro lado, ¿de qué espacio-tiempo disponen nuestros pacientes para desplegar a duras penas (y aquí el lenguaje es extremadamente expresivo) su siempre precario psiquismo? Coincidimos con los sociólogos, los antropólogos y los filósofos (Sennett, Giddens, Ulrich Beck, Bauman, entre otros) en la dificultad de identificación del hombre de nuestro tiempo. Exigidos por una cultura en constante cambio, el psiquismo se ve afectado por esta exigencia y responde con defensas que lo atrofian o que engordan ficticiamente el narcisismo creando modos distintos de supervivencia psíquica. Ante esto, la farmacología aporta su grano de arena indispensable, pero no puede ser nuestra única respuesta.

La posición del profesional de la salud mental no puede dejar de ser ardua, contra corriente: su aportación ha de estar centrada en la institución de un tiempo/espacio interno que se preste a la escucha de los efectos de las motivaciones inconscientes, a pesar de los inconvenientes de las instituciones sanitarias. La disposición a escuchar la subjetividad se ha de instalar en el terapeuta como un dispositivo que puede ser aplicado cualquiera que sea el tiempo/espacio de la institución donde se realice el encuentro. Instituir un espacio interno para escuchar la subjetividad más allá de la homogeneización que imponen el diagnóstico y las categorías que nos defienden de la incertidumbre que esta escucha implica, esta es la ingente tarea de los profesionales de la salud mental.

Y arrojados a ella, debemos aceptar la indefensión que comporta, el desamparo, en palabras de Luis Hornstein, que afecta tanto al paciente como al terapeuta. Desamparo frente a la compulsión a repetir, institucional y del inconsciente, desamparo frente al dolor y la ausencia de recursos, psíquicos e institucionales.

Podríamos decir que nuestro síndrome de *burn-out* nos hace claudicar ante la realidad de nuestra práctica tanto como al paciente su malestar le aboca a identificarse como tal y a no buscar otras salidas. A medida que los profesionales se resistan a la estereotipia, afrontando creativamente su trabajo, el paciente podrá encontrar también otras respuestas a su queja. Se trata de una propuesta, de un ideal, distante siempre de la realidad, pero ¿no es también la creación de ideales una de las finalidades del tratamiento? ¿No es la complacencia, la pasividad, la reiteración, una de las características de la morbilidad psíquica?

Lola López Mondéjar
Antonio Díez Patricio