

Los imposibles de la salud mental

Parto de la incompatibilidad entre la salud mental y el psicoanálisis. La salud mental, normativista, pretende la abolición sintomática y el psicoanálisis reconoce al síntoma como necesario y la imposibilidad de su supresión. Pero un psicoanálisis no deja al sujeto en el mismo punto de sufrimiento sintomático; los síntomas que el analizante trae en la entrada no son los mismos con los que hace la salida: mucho menos sufrimiento subjetivo y modificaciones reales en cuanto a su saber hacer con los síntomas, trabajo, relaciones, pareja, hijos etc. Siempre quedan restos sintomáticos que impiden una “armonía” plena, completa, total.

¿Qué pueden hacer, entonces, los psicoanalistas, contratados -no lo olvidemos- como médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, en los Servicios de Atención primaria y Salud Mental? Desde luego no un psicoanálisis. Con la expansión de los servicios de atención primaria y la accesibilidad total de los ciudadanos a los mismos para cualquier problema banal de salud física o malestar subjetivo, las consultas están colapsadas, tanto en el nivel primario como en el nivel de especializada. El número de pacientes atendidos en primaria ronda los 40 y en salud mental entre 13-15 pacientes/día con unas revisiones en este nivel, en el mejor de los casos, cada dos meses. (Estos son los parámetros asturianos, que supongo no diferirán en exceso, de los de otras Comunidades Autónomas) ¿Piensa alguien, que en estas condiciones de manejo de los tiempos, puede hacerse, ¡no digo un psicoanálisis!, sino cualquier psicoterapia? ¿Qué pueden hacer los psicoanalistas que trabajan en estos dispositivos públicos?

Primero, atender a sus pacientes con el saber que la experiencia analítica les ha depositado en su haber, y por lo tanto en su hacer. Ofrecer, para aquellos cuya posición subjetiva dista eones de poder formularse una pregunta sobre su sufrimiento, la acogida necesaria para aliviar el mismo y no colocar más fardos pesados en sus espaldas con excesos de psicofármacos o excesos de “pensamientos positivos” y cambios de pautas de vida que no pueden cumplir.

Segundo, discriminar aquellas personas que pudieran traer un atisbo de implicación subjetiva en sus síntomas para que puedan ser atendidas desplegando las cadenas de su decir con un psicoanalista en el ámbito privado.

Tercero, responsabilizarse, junto con otros, de tejer la red necesaria de atención y cuidados que muchos sujetos psicóticos necesitan.

Cuarto, participar en la presentación de casos clínicos y reuniones de equipo, siendo respetuosos con los colegas de otras orientaciones que también soportan lo real de la clínica. Es en esta relación con los otros donde se puede hacer circular la concepción psicoanalítica del sujeto, de la función del síntoma, de ciertos imposibles, y que algo pueda colarse por el tonel de las Danaides.

Quinto, participar en la docencia de los médicos y psicólogos residentes, MIR de Medicina Familiar, de Psiquiatría y PIR. En el programa oficial de la especialidad, la terapia psicodinámica consta como una de las que tienen que aprender en sus fundamentos teóricos y desarrollo práctico. Es en este epígrafe donde los psicoanalistas pueden transmitir y lograr que pase a estos jóvenes colegas un conocimiento y ¿quién sabe si un deseo de empezar un psicoanálisis? Es aquí donde algo del famoso deseo del psicoanalista se puede jugar fuera del dispositivo analítico y tiene sus efectos sin duda, si se mantiene durante unos años.

Sexto, participar en los comités de ética, comisiones de Formación continuada y otras comisiones donde se elaboren las guías clínicas, estrategias en los servicios etc.

Al contrario que otros colegas psicoanalistas, pienso que es tiempo para el psicoanálisis. Los servicios sanitarios, que han respondido al enfermar humano con fármacos y tecnología de última generación costosísimos, aboliendo al sujeto y la relación terapéutica, -no sólo en salud mental sino en el resto de las especialidades-, están al borde del colapso; es una burbuja que reventará. Es insostenible económicamente por el aumento del gasto sanitario en recetas y pruebas complementarias, así como el aumento desbordante del número de actos sanitarios que la población “insaciable” demanda. El malestar entre los médicos es considerable, ya que su práctica se reduce, en muchos casos, a la prescripción de recetas por ordenador, imposibilitando la recuperación de satisfacción que el médico extraía en su relación con el paciente. Por otro lado, los pacientes, hiperconsumidores de píldoras en búsqueda del paraíso-bienestar prometido, agotan este ciclo al comprobar que no es así y que son un mero objeto del sistema sanitario que los “pelotea” de un servicio a otro sin mejoría ni escucha a su sufrimiento y con unas listas de espera cada vez mayores. El descontento no hará más que aumentar.

Si Lacan propone que es en los cambios de discurso cuando algo del discurso psicoanalítico logra emerger, me parece que es un momento, sin duda, de cambios. La coyuntura económica mundial ha desvelado alguno de sus imposibles. La maquinaria del discurso capitalista que parecía imparable en su aceleración infernal, se ralentiza en su rotación. Los sistemas sanitarios, engullidos en ese mercado en que se convirtió la salud y el enfermar humano, también tantean los límites de su sostenibilidad. Los médicos, que han soportado el malestar de esta cultura y soportarán la del porvenir, sufren el apagamiento de su deseo bajo los efectos de este discurso y les urgirá pensar cómo atender los deshechos humanos que la maquinaria va a ir expulsando. Están muy receptivos para escuchar otro discurso. El psicoanálisis tiene herramientas conceptuales para interpretar la realidad y el goce que la conforma. Si los psicoanalistas quieren y saben estar ahí, aportarán nuevos significantes, sentidos, modos de hacer, que modificarán, en algo, los goces mortíferos que en estos momentos se acumulan.

Blanca Sánchez Gimeno

Gijón, 18 de Noviembre de 2008