

PROGRAMAS DE TRATAMIENTOS A LAS ADICCIONES Y POSIBLES SOLUCIONES SUBJETIVAS

TREATMENT PROGRAMS FOR ADDICTIONS AND POSSIBLE SUBJECTIVE SOLUTIONS

Rojo, Carolina¹; Mondada, Javier²

RESUMEN

Esta investigación surge luego de interrogarnos sobre el alcance y efectividad de los dispositivos para el tratamiento de consumo problemático, a partir de advertir desde el Servicio de Psicología del Sistema de Emergencias 911 de Salta, el ingreso recurrente de los mismos sujetos bajo el efecto de alguna sustancia. Nos propusimos entonces conocer algunos dispositivos de Salta en cuanto a criterios de admisión, desarrollo del tratamiento, alta terapéutica y reinserción social y por otro lado entrevistar a pacientes a fin de identificar qué factores de su experiencia por estas instituciones tuvieron consecuencias en sus tratamientos. Quedó demostrado que en la adolescencia iniciaron el consumo, y los desencadenantes comunes fueron la soledad y el desamparo. Todos alcanzaron regular el consumo con invenciones singulares, parejas, maternidad, arte, trabajo, recuperando el pasaje por el campo del Otro, reconociendo el valor del encuadre institucional, las normas, el grupo y el encuentro con un analista.

Palabras clave:

Factores institucionales - Consumo - Subjetividad - Tratamiento a las adicciones

ABSTRACT

This investigation arises after questioning us about the scope and effectiveness of the devices for the treatment of problematic consumption, from warning from the Psychology Service of the Emergency System 911 of Salta, the recurrent income of the same subjects under the effect of some substance. We then proposed to know the devices in terms of admission criteria, treatment development, therapeutic discharge and social reintegration, and on the other hand, to interview patients in order to identify what factors of their experience for these institutions had consequences in their treatments. It was shown that in adolescence they started the consumption, and the triggers loneliness and helplessness were common. All managed to regulate consumption with unique inventions, couples, maternity, art, work, recovering the passage through the field of the Other, recognizing the value of the institutional framework, the norms, the group and the encounter with an analyst.

Key words:

Institutional factors - Consumption - Subjectivity - Treatment of addictions

¹Universidad Católica de Salta. E-mail: carolinarojo67@gmail.com

²Universidad Católica de Salta. E-mail: javiermondada@gmail.com

Introducción

Ante el cambio de signo en la época del “Otro que no existe”, Fabián Naparstek, psicoanalista y catedrático de la U.B.A., señala como una de sus características principales el “consumo generalizado”. Esta nueva era, marcada por el exceso y un modo de gozar desregulado, empuja a los sujetos a un sin límite dejándolos por fuera de todo aquello que pudiera sujetarlos al “Otro del lenguaje”; el *pharmakon* (término acercado al psicoanálisis por Sylvie Le Poulichet, 2005), en tanto objeto droga del consumo se presenta como una solución problemática en la vida de un sujeto, que convoca a la formulación de diferentes preguntas que nos desafían como profesionales dentro del ámbito de la salud, desde una perspectiva de la orientación psicoanalítica lacaniana.

Uno de los modos de tramitar esta solución problemática con el consumo es a través de una institución terapéutica dedicada al abordaje de estos casos.

Jacques Lacan afirma en “La dirección de la cura y los principios de su poder” (2013), que las intervenciones de un analista sólo pueden dar cuenta de ser tales en la medida en que sean leídas a partir de sus efectos, y no de antemano. Ahora bien, sobre el efecto del trabajo de las instituciones que trabajan en la temática de las vulgarmente conocidas como “adicciones” mucho se ha dicho, pero en Salta no existen estudios sobre lo que ha pasado luego de que una persona haya realizado un recorrido por un proceso de tratamiento. Esto nos permite algunas preguntas: ¿tiene sentido el pasaje por una institución? Si no hay un alta terapéutica, ¿puede hablarse de fracaso? Bajo este encuadre el equipo de investigadores, a partir de advertir los diferentes modos de concluir que presentan los sujetos a través de sus pasajes por las instituciones, se preguntan cuáles son los factores institucionales y subjetivos que estuvieron presentes e hicieron posible una solución particular y distinta a la relación que cada uno estableció con la droga.

Buscamos descubrir aquello que hizo marca y ha dejado huella en los sujetos, y si esto se encuentra más por mérito de la institución, del profesional, o por haber tocado algún punto en la subjetividad.

Método

Diseño: Cualitativo. El tipo de investigación fue exploratoria - descriptiva. La recolección de información se realizó mediante entrevistas semi-dirigidas tomadas a personal de las instituciones y a los sujetos que ya no están en proceso de tratamiento.

Muestra: La identificación de las personas a entrevistar se realizó mediante la Secretaría de Adicciones, siguiendo el criterio de selección de muestreo intencional, es decir la muestra ha de realizarse en función del interés de la situación de o de las personas (Goetz y LeCompte, 1988).

La muestra del personal de las instituciones (muestra A) estuvo conformada por los directivos, y un miembro de cada grupo de especialidad, como mínimo, que interviene en los tratamientos (criterios: de pertenencia a la institución

a nivel de conducción y responsable en el tratamiento).

La muestra de pacientes (muestra B) estuvo constituida por aquellos que pasaron por un proceso de tratamiento y que llevan entre un año y dos fuera de la institución, independientemente si están de alta o no (criterio: pertenencia a un tratamiento, tiempo).

Se entrevistaron a 43 profesionales, (2 directores, 2 supervisores, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico, 16 psicólogos, 15 operadores, 2 trabajadores sociales, 1 tallerista, 3 enfermeros) y a 8 pacientes en un plazo de un año. Respecto de los profesionales entrevistados la mayoría desempeña su cargo con una antigüedad mayor a dos años. Sobre la muestra de pacientes la edad varía entre 20 y 25 años, excepto uno de 41; el sexo se distribuye en tres mujeres y cinco varones, todos con secundario incompleto, menos uno que lo había finalizado. Viven con un familiar, la pareja y sus hijos, y realizan trabajos temporarios. Al momento de la entrevista ninguno se encontraba en tratamiento psicológico o psiquiátrico, ni mencionaron necesitarlo. La adolescencia fue el momento en que comenzaron a consumir marihuana y pasta base, y actualmente dos de ellos tienen un consumo regulado de marihuana.

Procedimiento

Luego de obtenido el consentimiento de cada institución para realizar el trabajo, se llevó adelante una reunión con sus equipos terapéuticos a fin de transmitirles el objetivo de la investigación y el procedimiento.

A partir de aquí distribuimos las instituciones en grupos mixtos conformados por profesionales-investigadores y alumnos.

La participación en las entrevistas, tanto de los miembros de los equipos terapéuticos como de los pacientes, fue estrictamente voluntaria, bajo la firma de un consentimiento informado, garantizando así, tanto la libre participación, como el compromiso de confidencialidad y el resguardo de toda la información relevada, siguiendo de esta manera las exigencias éticas y legales que orientan nuestra práctica profesional.

Luego de recolectada la información, se estudiaron los datos a través del análisis de contenido, con la finalidad de: Muestra A - analizar los modelos de tratamiento con los que opera cada institución tomando como ejes:

Admisión.

Desarrollo del tratamiento.

Alta terapéutica y reinserción social.

Muestra B - identificar qué factores de su pasaje por estas instituciones consideran que tuvieron consecuencias en sus tratamientos.

Instrumento

Se emplearon entrevistas semi-dirigidas tomadas a personal de las instituciones y a los sujetos que ya no están en proceso de tratamiento.

Resultados

Principales hallazgos de las entrevistas

Muestra A

Admisión: Los profesionales, siguiendo los ejes de los distintos criterios de admisión, coincidieron en evaluar al paciente en las siguientes dimensiones:

Permanencia: la posibilidad de adaptarse a las normas de convivencia. “El paciente tiene que cumplir determinadas normas, horarios, disciplina y pautas de convivencia”.

Agrupabilidad: “No se acepta que continúe si el paciente es agresivo físicamente” o “si comete actos de violencia o rebeldía”.

Disponibilidad horaria: “... porque algunos trabajan, entonces se los admite pero en ambulatorio o media jornada”.

Ausencia de patologías severas: “Se hace acá una evaluación del paciente para que pueda ingresar: la parte médica, para descartar cualquier enfermedad, que pueda intervenir sobre el tratamiento, por ejemplo tuberculosis, o sida. Luego, una evaluación psicológica. En base a las dos, si no hay nada psiquiátrico, que amerite intervención del psiquiatra se los admite”.

Interés por el tratamiento: “...que el paciente acepte que tiene un problema de consumo, ya que muchos vienen judicializados u obligados por algún familiar, aceptando pero no quieren hacer tratamiento y medida que avanzan las entrevistas se logra que se enganchen y hagan el tratamiento. Que nazca del paciente hacer el tratamiento y se vaya interesando en recuperarse”.

Acompañamiento familiar: “...la existencia de algún referente responsable. Se busca que tengan en el afuera un lugar o alguien de contención, que lo acompañe, y que pueda ir construyendo el también una vida en el afuera, que se organicen, que el tratamiento no termine en la puerta de salida, ver cómo se organizan... ya que a todo eso lo perdieron”.

Grado de consumo: “... que no se encuentren bajo el efecto de sustancias. En algunos casos tienen que hacer una desintoxicación”.

Desarrollo del tratamiento: Los principales aspectos referidos a este momento terapéutico son:

Armar lazo con el otro: “Forma parte de la dinámica de la que hablábamos, también muchas de estas personas tienen que sociabilizarse, porque el adicto es un tipo que se aísla, se refugia en la droga y termina tirado. Eso le da un grado de sociabilización en su vida posterior. Eso es muy importante para el futuro. Vas compartiendo muchas cosas, es muy terapéutico; antes las personas estaban aisladas”.

Aprender del otro: “Poder compartir, ayudar, ver que no es el pobre único que sufre. Ver más allá de su propia problemática. Ver la necesidad del otro”.

Contención entre los miembros: “El otro imaginario funciona como primer soporte, como cosa ortopédica de auxilio, que después hay que salirse de eso, pero en un primer momento es necesario”.

Favorecer la comunicación: “Porque me parece que los ayuda a ir expresándose y reflejándose en otros. Unos se animan a hablar y se apoyan mutuamente. Aparece el

compañerismo. Es un apoyo y motivación para seguir”.
Sintomatizar el consumo: “Dejar de identificarse con la droga, dejar de pensar como “adicto”, que se desprendan de eso. Apuntamos a que una persona logre procesar parte de su historia personal, encontrar razones de su problemática y tener idea de qué van a hacer con eso. No confundir de que parte del tratamiento es dejar de sentir angustia, al contrario, es ver qué se va a hacer con eso”.
 “No podemos hablar de una cura, sino más bien que el paciente pueda preguntarse por su situación, por su historia, y responsabilizarse de sus decisiones”.

Alta terapéutica y reinserción social: La mayoría de profesionales consideran que un paciente está en condiciones de alta cuando: el consumo está regulado “... los criterios de alta serían que la persona haya logrado una regulación del consumo, si bien no sea abstinencia total, que es lo que la familia y parte del equipo espera; es decir que dejen de consumir. Pero el criterio va por otro lado, que adquiera cierta regulación, que pueda incluirse en espacios productivos, laborales, educacionales y recreativos. Así aparecen signos de un cambio en la posición subjetiva. “Cuando llegan, llegan muy pegados al objeto droga. Y de a poco va apareciendo el Otro, y este es un momento muy importante, porque ahí se genera un cambio de posición, el alta no tiene que ver con una cuestión de abstinencia”.
 Puede asumir responsabilidades: “...que pueda manejar-se solo. Que haya podido organizar algo en su entorno”.
 Puede lograr inserción social: “...ese es un momento en el que se comunica al paciente que consideramos que su transcurso aquí en la casa y su tratamiento, concluyen. Esto es porque pensamos que tiene los recursos suficientes para empezar a manejarse solo; es cuando el paciente está fortalecido y cuenta con recursos subjetivos para abordar situaciones estresantes, pueda empezar a transcurrir fuera de la casa y tomar contacto con su contexto”.
 “El criterio de alta tiene que ver con la construcción mínima del proyecto vital, y el armado de una red social”.

Muestra B

A las categorías teóricas que surgieron de las entrevistas con los pacientes decidimos agruparlas en cuanto a la función que cumplieron en el trayecto del tratamiento.

Identificamos las siguientes:

Psicólogo: En algunos casos aparece como la figura de mayor importancia, mientras que, en otras, como un soporte al tratamiento, e inclusive hay simples menciones al pasar de la ayuda del profesional. Uno de ellos resalta “las charlas”, otro que lo ayudaron a “darse cuenta” (sin especificar en qué), mientras que el resto simplemente lo nombra como actor influyente en el tratamiento.

En esta categoría se incluyen a los psicólogos independientemente de la corriente psicológica desde la que realicen el tratamiento.

Herramientas terapéuticas: debido a la cantidad de herramientas terapéuticas, se podría decir que no existe una sola que resalte en importancia por sobre el resto. Por ello decidimos transcribir las respuestas que son nombradas en las entrevistas por los ex residentes:

- la marcación, el tablero de ubicación, las tareas a cumplir.

- aquellas vinculadas a herramientas terapéuticas, cuestiones de comportamiento y sentimiento; ahí recibí “lo más fuerte de mi tratamiento”, refiriéndose de manera genérica a las herramientas, uno de los entrevistados.
- Un entrevistado utiliza una referencia tácita hacia ellas: “minimicé la situación”; “dos meses incomunicado, eso me sirvió”; “la estructura, muy rígida (...) [me ayudó] a organizarme”.
- Otro menciona la importancia de la organización en sectores, cuando “se enseñan cosas que te sirven”, “tenés horarios y tenés que cumplirlos”.
- Para otro de ellos, los viajes, los murales, “dibujábamos cosas con sentido”; también destaca “la responsabilidad que te dan, ser responsable de cocina, donde hay que cumplir horario”; también “ser referente en la casa y el armado del proyecto de vida”.
- El último que hace referencia a ellas destaca las normas, y luego un cuaderno en el cual anotar las actividades, los coloquios y otras herramientas que no puede terminar de identificar.

Cabe destacar aquí que en dos entrevistas se mencionan a algunas herramientas terapéuticas como negativas. Uno de ellos hace referencia a la rigidez de las normas, y a que éstas no lo dejaban avanzar en el tratamiento, “quería ir a trabajar y no podía aún”. Esto lo lleva a abandonar ese tratamiento para continuar en otra institución que le brinde mayor libertad. Otro sujeto entrevistado hace referencia a la planificación, la menciona como negativa en la medida en que esto le resultaba “estresante” y consideraba que “nadie lo cumplía”.

Grupos: se pondera la función de los grupos, así como el contacto con pares y compañeros. Es decir, todo aquel comentario que hace referencia a la función de lazo con el Otro.

De este modo podemos identificar al “grupo”, a la “terapia grupal”, al “grupo diario” en esta categoría; y hay quienes fueron más específicos al mencionar al “grupo de sentimiento”. También adquieren relevancia las amistades nuevas que surgen del contacto mismo del grupo durante su estadía en la institución, es decir que el grupo informal juega también un papel relevante en la dinámica del tratamiento.

Operadores: los describen como “personas observadoras”, con quienes “se charla informalmente”, que ayudan a “hablar de lo que pasaba”, “que enseñan muchísimo”. Este aspecto pone en evidencia la importancia del análisis cualitativo, por un lado. Por el otro, si se correlaciona éste dato con lo que fue consignado por la plantilla profesional de las diversas instituciones en sus respectivas entrevistas, en donde nos informan que los operadores son los “garantes de la estructura” y quienes en general implementan las herramientas terapéuticas (sin ser estrictamente los únicos), la relevancia del operador cobra mayor trascendencia en el tratamiento.

Una mención especial merece en este apartado la referencia hacia una profesora que trabaja en una de estas instituciones, que no es ni operadora ni profesional, sino cumple su labor de “tallerista” (profesional dedicado a

dictar un taller con una temática específica), pero que uno de los entrevistados destaca como quien hizo la diferencia en su tratamiento, por ser “impulsado” por ella, y que además todavía continúa ayudándolo.

De las entrevistas se desprenden también las soluciones que estos sujetos encontraron para regular de alguna manera el consumo. Las categorías encontradas se pueden agrupar de la siguiente manera:

Maternidad/paternidad: “A los 14 años tengo mi primer hijo y dejo de consumir pasta base durante el embarazo”. “Hace 5 meses que no estoy en tratamiento pero no consumo, por el embarazo”. “Traté de usar el embarazo para dejar de consumir”. “Me puedo poner límites por el bebé, para que esté bien”.

Trabajo: “Después de los 18 me independicé, comencé a trabajar y sólo consumía los fines de semana”.

Religión: “Conocí un cura que me hizo muy creyente, y rezar y Dios me ayudaron a dejar de consumir. Como mi pareja y yo, ambos consumíamos me aferre a rezar para que nuestro hijo naciera bien”.

Pareja: “Dejé el tratamiento pero también el consumo para poder estar con ella.”

Actividades recreativas: “La gente que conocí ahí es muy distinta, me ayudó mucho, porque con ellos uso mi tiempo y disfruto mucho, en cambio con las otras amistades era consumir todo el tiempo”. “Me ayudaron las amistades nuevas y dejar de ver a las viejas. Entonces después tuvimos problemas y es cuando volví al consumo”.

Responsabilización: “Mi responsabilidad, la lectura. Me pongo responsable en cosas de la casa y me comprometo, es como que hacés tu propio compromiso. Se aprenden muchas cosas en los centros de rehabilitación. Cosas como la marcación, el tablero de ubicación, te ponés tareas a cumplir y eso le pone valor a la palabra”.

Discusión

Luego del recorrido previo, momento lógico del orden de comprender, nos hallamos en condiciones de arribar a algunas conclusiones que podrían resultar de interés a quienes están en relación a la problemática del consumo de sustancias.

Encontramos que la mayoría de los profesionales hacen referencia a la necesidad de realizar un diagnóstico clínico inicial, al momento de la admisión, que permita dar una ruta al tratamiento, una dirección singular a cada cura. Para el psicoanálisis no hay posibilidad de tratamiento si no hay una ética y una dirección de cura, la cual depende del lugar, de la posición del analista, “Es que se ve mejor desde el punto de vista del análisis, donde el lugar que ocupa el analista, en su posición de dominancia, es el de causa de deseo. Él no ocupa un lugar de la ley, de la burocracia, del síntoma, que ya están ocupados. Hace semblante de causa de deseo. Es lo único que le permite percibir, un poco más que los otros, la verdadera función o el verdadero lugar del goce en la vida contemporánea” (LAURENT, E. 1992).

Los practicantes se proponen fundamentalmente, conmover la posición subjetiva del paciente alienada al objeto, promover la construcción de un nuevo lazo social y lograr

la reinsertión del sujeto en su medio. Se orientan por lo singular de cada caso, advirtiendo los efectos que la época imprime en los modos de gozar de los sujetos contemporáneos. "Es un mundo transformado por la ciencia y la globalización económica, donde el padre moderno es un padre que no puede garantizar la distribución del goce de manera conveniente, las familias ya no cuentan con el Otro de la ley de antaño, la sociedad actual dejó de vivir bajo ese mito. Es lo que decimos en nuestro lenguaje la estructura del Todo cedió a la del no-todo, que implica que en ella no haya nada que construya una barrera, que esté en posición de lo prohibido, que lo prohibido sea difícil, que resulte contradictorio con el movimiento del no-todo. Algo se desarrolla sin encontrar límites, por ejemplo el consumo, pero también la precariedad del sujeto" (BELAGA, G. 2004).

Advertimos una cuestión ética, no vinculada al bien del paciente, sino del bien decir del malentendido, que pone en juego la presencia del deseo del analista, como causa y a la espera de que despunte el sujeto del inconsciente. Que el paciente se formule alguna pregunta, que algún sufrimiento ponga en jaque el casamiento con el objeto droga, ya hacen suponer que un movimiento subjetivo puede comenzar a producirse y desde allí retomar, desde la trama de lo simbólico, el lazo con el Otro del cual el sujeto ha soltado sus amarras, "El tratamiento por el sujeto consiste en afirmar que "¡el toxicómano no existe!" Propone al sujeto dejar de identificarse con su ser de toxicómano para dejar un lugar a su división subjetiva y al goce de la palabra. Este tratamiento sólo es aceptado por un número limitado de sujetos que han franqueado el paso de la adicción" (Laurent, E. 2008).

Otro de los aspectos institucionales importantes que surgieron vinculados al desarrollo del tratamiento, se refieren a la necesidad de un trabajo conjunto con los familiares, evitando que la institución se convierta en un depósito de personas, y de manera interdisciplinaria, mediante el equipo terapéutico de la institución.

Por otra parte consideramos relevante señalar la función del grupo en el período de tratamiento, en cuanto permite al sujeto armar lazo con el Otro. La noción de par-paciente es entendida como una función de autorregulación, como una primera forma imaginaria que contribuye a salir de la repetición.

Podríamos suponer entonces que es el grupo, el espacio imaginario con el otro, el que cumple una función de estabilización inicial. La actividad de grupo puede ser entendida como una etapa de transición, que en el marco de estos enfoques terapéuticos, intentan alojar al sujeto en este primer momento en que se irrumpe el consumo.

Las herramientas terapéuticas parecieran cumplir en casi todos los casos una función de instalar una organización, un marco, que vaya en contra de la rutina del consumo. Un orden, una estructura simbólica que regule algo del sin límite que empuja al sujeto.

Advertimos que la franja etaria a la que más afecta el consumo es la adolescencia, de hecho, del grupo de entrevistados, todos menos uno comenzaron un consumo problemático en este período, siendo una realidad que no

distingue sectores socio-económicos particulares.

Para el psicoanálisis la adolescencia es el momento lógico en el cual el sujeto se encuentra con el real de un goce desconocido hasta entonces, y es en esa urgencia, en la que se precipita un cuerpo nuevo, en donde se ponen en juego las diferentes salidas y soluciones que el sujeto inventa para arreglárselas con lo imposible de la no-relación sexual. La conmoción se produce no tanto por las transformaciones físicas y corporales, sino porque se enfrenta a la realidad de su condición sexuada, sobre la cual no posee ningún saber previo. "Allí donde no hay relación sexual, eso produce "traumatismo" (LACAN, J. 1974).

Y es frente a ese encuentro traumático, ante lo nuevo que aparece con un goce no sabido, en donde se construye una respuesta, un síntoma, que pone a prueba las identificaciones primarias, los títulos que el sujeto trae en el bolsillo. Pero hoy, época marcada por una declinación del orden simbólico, en donde hay cada vez menos candidatos a ocupar la Función del Nombre del Padre, nos encontramos con sujetos que arman una solución del lado de la identificación a la sustancia. No se trata entonces de aspectos socio económicos sino de los efectos de nuestra época sobre los modos de gozar.

Encontramos que en la mayoría de los casos el motivo que los pacientes identifican como lo que está al comienzo del consumo, lo que precipita el encuentro con la droga, es el desamparo y la soledad. Resulta interesante mostrar cómo estos sujetos inventan un nuevo anudamiento en las categorías maternidad-paternidad, trabajo, religión, pareja, actividad recreativa, que constituyen un pasaje necesario por el campo del Otro, y son sin duda diferentes modos que cada sujeto encontró para romper con el circuito cerrado de goce autoerótico, que es como opera en las intoxicaciones toxicómanas la satisfacción pulsional, "la droga es lo que permite al sujeto escapar o romper el casamiento con el pequeño pipi" (MILLER, J.A. 1993).

Es posible entonces extraer de esto último el valor que tiene el lazo amoroso ya que pareciera que es por esa vía por donde se produce tanto el inicio como también cierta regulación en el consumo; es decir, el encuentro o desencuentro con el Otro del amor pareciera sustancial. Un Otro del amor, en tanto que no es un amor incondicional, estragante, sino uno que produce un cambio en la elección de objeto. "La significación del amor (...) consiste muy precisamente en que aquí un amado se comporta como amante. (...) porque lo que se enamora, lo que se yerra, lo que es amado en toda esta historia de El Banquete, ¿qué es? (...) Es el objeto" (LACAN, L. 1960-1961). Entendemos que en los casos de los pacientes entrevistados, los arreglos y soluciones adquieren para cada uno un valor singular, poniendo en marcha el goce de la vida, un goce vivificante que define una nueva economía en el modo de gozar de cada sujeto.

Pudimos encontrar también que los sujetos en su mayoría hacen referencia al valor que adquirieron las normas y la asunción de responsabilidades como un primer elemento ordenador. Las normas que proponen todos los modelos entendemos que tienen efectividad en la medida que representan una forma de ir en contra de la rutina del con-

sumo, y ya el hecho de que exista una institución que los aloja tiene sus consecuencias seguramente para el sujeto. Y la responsabilidad, en la medida que supone el cuidado de alguien, es para la mayoría, un aspecto que supone la entrada de Otro, una apertura discursiva. “La adicción es el horizonte autista y mortífero del goce. (...) La adicción, ciertamente, nos separa del Otro” (Laurent, E. 2008).

Identificamos también el valor que adquiere para el paciente que en un primer momento de pedir ayuda tengan a quién dirigirla, sea un familiar, analista, es en si la función de quien aloja, de quien escucha lo que produce un alivio en el sujeto.

Ahora nos preguntamos ¿es posible identificar algún factor terapéutico que puede nombrarse para todos los casos como categóricamente superior en relación a otros y que esté vinculado directamente con los efectos terapéuticos de los pacientes entrevistados?

Pudimos ver que cada sujeto supo arreglárselas según sus propias coordenadas subjetivas, con lo cual no podemos suponer que el pasaje por determinado tratamiento esté directamente relacionado con determinados efectos subjetivos. Pero sí encontramos que si bien no existe una herramienta superior a otra, existe una posición de quien dirige el tratamiento. No es sin consecuencias el encuentro de un sujeto que llega a estas instituciones con un practicante del psicoanálisis, quien desde el discurso analítico, no busca “Hacer las cosas en nombre del bien y, más aún, en nombre del bien del otro, esto es lo que está muy lejos de ponernos al abrigo, no sólo de la culpa, sino de toda suerte de catástrofes interiores” (LACAN, J. 2003).

Entendemos que para el paciente el pasaje por el tratamiento significa una posibilidad de recuperar las coordenadas de lo simbólico, lo cual no desemboca necesariamente en una entrada en análisis, pero si tal vez comenzar a plantearse algunos interrogantes sobre su modo de gozar.

Esto nos hace pensar respecto a la función deseo del analista, sus vinculaciones con la transferencia y sus derivaciones en la dirección de la cura en estos espacios terapéuticos, por los que sería interesante a futuro investigar sobre la función del deseo del analista como operador dentro del equipo terapéutico de atención al consumo problemático de sustancias.

Adriana Rubinstein sitúa claramente esta función: “...El analista se orienta por el deseo del analista, que toma como punto de partida la singularidad de las soluciones subjetivas con las que cada sujeto ha respondido al encuentro con lo real del goce y de la castración y, sin ideal previo, siguiendo de cerca las posiciones subjetivas del enfermo, aprovechando el potencial de cada sujeto, operando desde el lugar de semblante de “objeto a” y haciendo valer su versatilidad, articulando la falta en el lugar del Otro y operando con el vacío, se manifiesta en la interpretación y se localiza en el acto analítico, para conmover las fijaciones libidinales, y contribuir a crear las condiciones de un arreglo menos sufriente con el goce, un saber-hacer” (Rubinstein, A. 2009).

Estas son algunas consideraciones que recortamos para

abordar al momento de la discusión, sin embargo entendemos que de la información obtenida pueden despejarse una serie de interrogantes con diferentes temas a profundizar, como el valor del grupo en el proceso terapéutico, el criterio de alta, la función del operador en las coordenadas de la subjetividad del paciente, que suponemos pueden ser de utilidad para repensar la dirección de una cura en estos dispositivos de tratamientos para las adicciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Belaga, G. (2004). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires: Grama.
- Goetz, J.P., Lecompte (1988). Etnografía y Diseño Cualitativo en la Investigación Educativa. Madrid: Morata.
- Lacan, J. (1960-1961). El Seminario 8. La Transferencia. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Lacan, J. (2003). El Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Lacan, J. (1974). El Seminario 21. Los no incautos yerran. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Laurent, E. (1992). Lacan los cuatro discursos. Manantial.
- Laurent, E. (2008). Adicciones y Lazo Social. Recuperado de <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/radar/edicion/25/219/adicciones-y-lazo-social>. Radar. 18.
- Le Poulichet, S. (2005). Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Miller, J.A. (1993). Para una investigación sobre el goce autoerótico. Sujeto Goce y modernidad I, Atuel -Tya, Buenos Aires. p. 16.
- Miller, J.A., Laurent, E. (2005). El Otro que no existe y sus comités de ética. Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. et al. (2008). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo. Buenos Aires: Grama.
- Naparstek, F. (2005). Introducción a la clínica de las toxicomanías y el alcoholismo. Buenos Aires: Grama.
- Rubinstein, A. (Octubre-Noviembre 2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. Recuperado de <http://www.Revistavirtualia.com>, Virtualia Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana, 19 (p.3).

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 21 de octubre de 2018