



Clínica de las Adicciones Actualidad y Desafíos

Mesa 4: Intervenciones Clínicas en el tratamiento integral de las adicciones.

Lic. Ignacio Falasca

La especificidad de la clínica en adicciones, presenta varios y complejos desafíos. En este trabajo y en esta mesa en particular, el objetivo está puesto en dilucidar y pensar las diferentes intervenciones posibles en la dimensión de la clínica. Ocupar el último lugar de las jornadas, estar casi en el cierre del día, más allá de los azares organizativos, tiene un valor sustancial para pensar el tema que nos compete. En el sentido de que es imposible pensar las intervenciones clínicas sin tener una idea, una noción al menos, de los diferentes aspectos que en este día hemos recorrido. Sin que esto suponga, en lo más mínimo, perturbar la especificidad y el valor propio de la intervención clínica. Por el contrario, el objetivo de esta presentación se encuentra en vislumbrar la singularidad y por tanto la diferencia de la intervención clínica en el campo de las adicciones respecto a las políticas de salud mental y la educación como forma de prevención. Pensar la integralidad de un tratamiento no sólo implica subrayar la articulación entre los campos involucrados, sino también, y en especial en las prácticas tan complejas como las que no reúne en este día, conservar y dilucidar las variaciones metodológicas entre las mismas.

El avance sustancial en el tratamiento de la clínica de las adicciones de las últimas décadas, trabajo que aún perdura y presenta nuevos desafíos, fue la extracción del consumo problemático de sustancias del universo de la moral para encontrar su lugar en el campo de la salud mental. La sanción de la Ley de Salud Mental se inscribe en esta dirección. Las dificultades en el avance en este camino son pensables desde diversas perspectivas, quisiera detenerme en la especificidad de la clínica.

Una política de salud mental tiene una injerencia directa en la vida de un usuario de sustancias adictivas, produce intervenciones que tienen efectos considerables en la vida de los pa-

cientes. No sólo tiene efectos en lo real de la situación de la comunidad, sino que también tiene la función de dibujar y establecer determinados horizontes. La sanción de una Ley, sin embargo, no supone solucionado para el campo de la clínica el problema de la intromisión de la moral en su ejercicio. En pocas problemáticas de salud mental se vislumbra con tanta nitidez la destrucción y la agresión de un sujeto sobre sí mismo, en ocasiones al borde de la desaparición. La compasión, la piedad y la búsqueda del bien del otro se presentan como tentadores señuelos para el clínico que se conmueve frente a estas historias. En este devenir surge el ideal que aún hoy funciona en gran parte de los tratamientos clínicos de las adicciones: el ideal de la abstinencia. El ideal de la abstinencia como dirección de la cura es en la clínica de las adicciones uno de los mayores problemas. Entiéndase, el problema no es tanto el del contenido del ideal, es decir, la abstinencia, sino la dirección de una cura con un ideal que se encuentra por fuera de la singularidad de aquel a quien recibimos. El ideal abstencionista tuvo un eco preponderante en los primeros tratamientos de adicciones por lo que su presencia aún perdura, no sólo en los clínicos, sino en la comunidad en general. Es necesario, entonces, realizar una distinción. Podemos vislumbrar, en términos generales, el lugar del ideal en tres campos diferentes, el de la comunidad, el clínico y el paciente. En la comunidad, el nuevo horizonte, está marcado por el surgimiento de un sintagma de menor exigencia y que reconoce la dificultad de esta práctica: el abandono del ideal abstencionista dio lugar a “la reducción de daños.” Dejando esta modificación de lado, importantísima por otra parte, quisiera pensar los ideales y su lugar en el tratamiento clínico.

Es reconocido, por cualquiera que tenga cierto recorrido en el tratamiento de las adicciones, el efecto perturbador y contraproducente que tiene el mandato de abstinencia en aquel que tiene un consumo problemático de sustancias, cuando aparece este ideal, la respuesta habitual, es el surgimiento de un fuerte impulso de consumo, la sedimentación de la experiencia dio como resultado que uno de los títulos de gloria de Narcóticos anónimos verse: “Sólo por hoy” como respuesta universal a la encrucijada habitual de los consumidores. Otra salida, es la construcción singular de una respuesta a las exigencias de este ideal, que al estar aún presente en la sociedad, en general tienen efectos en los pacientes. Un paciente joven, con un consumo problemático de alcohol, desesperaba frente a la frase que se le presentaba: “No puedo tomar más.” Un primer tiempo del trabajo clínico giró en relación al lugar que ocupaba el “puedo” en su constelación general, la aparición de esta impotencia lo arrojaba directamente a las fauces de la botella, una primera solución que logró escribirse fue el intercambio del poder al querer, la perturbadora “No puedo tomar más” viró a una tranquilizadora “No quiero tomar” con la que su problema en relación alcohol dejó de estar en centro del escenario de su vida. Obviamente, como esto no es magia, se produjo un tercer movimiento, después de una sorpresiva y angustiante recaída, en que la frase “No quiero tomar” ya no funcionaba como límite, porque efectivamente, en ocasiones quería y seguía que-

riendo, la construcción entonces cambió a “No puedo tomar en cualquier circunstancia”, más allá del alcohol, pero incluyéndolo, la singularidad de su no poder fue aceptado y quedó circunscrito a límites más precisos y menos angustiantes. .

La necesidad de la suspensión de los ideales del terapeuta en la clínica fue reconocido ya por Freud hace por los menos cien años, pero insiste y continúa siendo un desafío en la clínica de adicciones. Este aspecto de la clínica supone una de las diferencias metodológicas de mayor relevancia con otras dimensiones del tratamiento integral. En este ejemplo, la suspensión de los ideales del terapeuta permite el trabajo y la reescritura singular de un texto que acompaña al paciente.

En el campo de las políticas de salud mental y en la esfera de la educación como motor de la prevención, el recorrido es el contrario. Se discrimina un problema y se brinda una solución general. Entiendo que uno de los mayores retos de la articulación de diferentes esferas, del trabajo multifocal, está en la administración de las diferencias intrínsecas que existen. Tomo entonces el ejemplo de la sube que refirió recién Clara. Para un grupo considerable de pacientes que atendemos en la Fundación, el tener la sube cargada o descargada es un elemento sustancial que permite su tratamiento, lo facilita o lo obstaculiza. Sin duda, una política que contribuya al acceso a los medios de transporte para asistir al tratamiento resulta necesaria y con celeridad se registrarían los efectos en la demanda de los pacientes, en la continuidad en el mismo y otros observables estadísticos. Sin embargo, sobre este mismo punto, la intervención clínica se separa de una política de salud pública. Porque lo que encontramos, todos los días, es la aparición de una historia singular detrás de la sube. Recuerdo tres viñetas diferentes respecto a la sube para entender entonces la diversidad de la acción.

Una primera de un joven paciente que a diario enfrentaba al capricho de la madre de cargarle o negarle la sube, caminaba varias decenas de cuadras para llegar al tratamiento. Las dificultades de este paciente giraban a la vuelta de sus respuestas a una madre oscilante, que pasaba de una presencia arrebatadora a una posición profundamente expulsiva. En ese deambular por la ciudad camino al tratamiento, (los caminos que se eligen en la ciudad y sus modificaciones, tienen una importancia sorprendente en los tratamientos) tenía el trabajo de “no desviarse” como él lo llamaba, o por el contrario, elegir los caminos que le facilitaban llegar al tratamiento. En ese caminar cansador entraban en su relato desde el capricho y las carencias de la madre, hasta sus propias elecciones. En un panorama francamente desolador, el caminar dibujaba el propio sendero de sus elecciones. Evidentemente, en muchas ocasiones no llegaba al tratamiento, pero el llegar funcionaba como el punto de separación posible de esta madre. Así también, funcionaron sus diferentes pasos por el tratamiento, en cada vuelta de tratamiento, se encontró siempre más cerca de dejar de vivir con la madre, pasar a vivir en un hogar.

Estas viñetas sirven para graficar aspectos fundamentales de nuestra práctica. Por un lado, el más evidente, que responde al ofrecimiento del despliegue de una singularidad en el tratamiento. En segundo punto, el valor que se le otorga a la palabra, al relato de los pacientes. Si no brindamos respuestas efectivas, si no corremos a cargar la sube de quien no tiene crédito, es en la medida en que entendemos que la palabra tiene un efecto, no sólo apaciguador del sufrimiento, sino también el poder de modificar la realidad de quien cuenta su historia. De lo contrario, sólo seríamos oyentes cínicos del sufrimiento ajeno.

Para avanzar en esta dirección, quisiera pensar una última viñeta clínica, que muestra esta dimensión de la palabra y que permite además distinguir las intervenciones clínicas de aquellas que son del orden de la educación y la prevención. En el caso de las intervenciones que podrían denominarse “psicoeducativas” la ineficacia manifiesta pone en escena la insuficiencia en el campo de la clínica de informar la sumatoria de daños que produce el consumo de tales o cuales sustancias. Un paciente cuya sustancia de abuso son los psicofármacos en general mezclados con bebidas alcohólicas, reconocía que su búsqueda está orientada a la pérdida de lucidez, somnolencia y desconocimiento. Difícilmente, entonces, mostrar estos efectos nocivos sobre su voluntad tenía algún tipo de efecto. Lo que desde una posición exterior podría ser pensado como una pérdida era leído en términos de ganancia. Daño neuronal, pérdida de lucidez y memoria, no funcionaban como preocupaciones en lo más mínimo, por el contrario, eran un fin deseado. No obstante, en el campo de la clínica, tenemos una ventaja, cuando un paciente asiste a un tratamiento, existe un punto, por más difuso y endeble que esté, en el que ya existe un lugar para la insuficiencia de la adicción, entonces, escribir y dilucidar la pérdida que supone la adicción, es un trabajo subjetivo que no encuentra respuestas en el saber general. En el caso que comento, una esfera que quedó localizada fue la siguiente: hablando de juegos de mesa, de lo lúdico en general, contó que él “no sabía jugar a nada” el único juego que compartía con sus amigos, era un juego de cartas muy básico en el que el perdedor era golpeado por los ganadores, el placer y el sufrimiento estaban puesto en la agresión más allá de las características del juego. Cualquier otro juego que desconocía, le generaba una gran frustración, enojos y deseos de romper todo. Esto explicaba porque no quería asistir a los diferentes talleres de juego que ofrece el tratamiento, una pocos minutos en un taller de ping pong le habían sido suficientes para que notar el malestar que le surgía frente a la dificultad del juego. Sabiamente, no asistió más a ningún taller. De esto, se vislumbra en principio lo inadecuado de pensar un tratamiento más allá de las singularidades de un paciente, es decir, pretender que el paciente se ajuste al tratamiento y no el tratamiento al paciente. Lo más interesante, sin embargo, fue lo que apareció a partir de este diálogo que se había establecido en el espacio grupal. Sus compañeros hablaron de la importancia de aprender primero a jugar y luego ahí recién poder jugar, amén de la necesidad de estar lúcido para jugar con cierto éxito y le insistieron con que concurriese a los talleres. Esta conversación tuvo efectos notables, no por su-

puesto que asistiera a los talleres de la Fundación, sin embargo, al siguiente encuentro contó que antes de llegar, había ido a su colegio a inscribirse para retomar al sus estudios. La experiencia en esta clínica tan compleja, frena nuestro furor curandis, es decir, de allí a que este paciente pueda cursar efectivamente un secundario, existe un abismo, sin embargo se inscribió la posibilidad de darle un lugar al aprendizaje. He ahí que la lucidez, el daño neuronal, ya pueden encontrar un sitio que hasta ahora no había tenido. Es de destacar, que hasta ese momento, en diferentes ocasiones se había hablado de su interés de anotarse a estudiar al año siguiente y obviamente había sido promovido este deseo, sin embargo, no fue por esta vía que pudo concretarse algo de este interés.

Es importante, de todas maneras, hacer una salvedad, permitir el despliegue de la singularidad en la clínica, implica que no existan de antemano técnicas o intervenciones que deban ser desechadas, en muchas ocasiones es bien recibida y atinente una intervención que se encuentre en la línea de la educación. El problema, en todo caso, y lo que quisiera transmitir con este trabajo es aquello que guía una dirección de la cura que necesariamente se diferencia del camino de la finalidad pedagógica.

Concluyo con una observación general, la clínica de adicciones ha encontrado nuevos horizontes a partir de una inscripción diferente, tanto en el campo de la legalidad, como en el lugar que la cultura y la sociedad le confieren. Se han ido destronando diferentes prejuicios, mandatos e ideales que la confinaban a un borde tenebroso del campo de la salud. El trabajo en conjunto, el enfoque interdisciplinario no deben confundir al clínico en su especificidad, que tiene su sostén en el despliegue y la re-escritura de una historia singular.

FUNDACION
CONVIVIR