

Tratamiento en drogodependencias

Sandra Isella

Madrid, 2002

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
I. Introducción: ¿una clínica de lo imposible?.....	2
II. El consumidor “consumido” y sumido en la sociedad postmoderna....	4
III. Discurso social vigente sobre las toxicomanías: tratando de tapar el sol con un dedo.....	12
IV. Cómo un sujeto se vuelve “sujetado a la droga” o en alguien que “atrapa a la droga”.....	19
• Un padre que faltó y una madre que sobró y algo más.....	21
• Lo que debió advenir y no lo hizo.....	29
• El deseo durmiente.....	31
• El encuentro del sujeto con la sustancia.....	33
V. Distintos tipos de abordajes terapéuticos.....	36
• Abordajes terapéuticos no profesionalizados: buscando la luz.....	38
• Abordajes terapéuticos convencionales: el que a droga mata a droga muere o la manía por el tóxico.....	39
• Abordaje psicoanalítico: del hecho al dicho un largo trecho.....	40
VI. El abordaje terapéutico desde la psicoterapia psicoanalítica: el acento puesto sobre un sujeto con un decir singular.....	44
• La escucha de quien no puede decir.....	45
• En busca de la posición subjetiva, a través de la ausencia de síntoma.....	49
• Lo especial de la relación transferencial.....	52
• Sobre las herramientas técnicas.....	55
• La dirección de la cura: el cambio en la posición subjetiva, la droga está en otra parte.....	56
• La supervisión.....	58
VII. Consideraciones finales.....	60
VIII. Bibliografía.....	64

I. Introducción: ¿una clínica de lo imposible?

Es muy conocido lo dificultoso del abordaje clínico de las personas que tienen problemas con las drogas, por las escasas cifras de éxitos en los tratamientos, por el desgaste que genera en los equipos de atención y por las dificultades que plantea para sostener cierta coherencia entre la índole de la problemática subjetiva y los recursos empleados para abordarla.

No existe una comprensión acabada de la problemática de las adicciones y no es un fenómeno que pueda ser abordado desde una sola perspectiva. Este trabajo pretende analizar el fenómeno desde tres de sus pilares básicos: contexto sociocultural, sustancia e individuo, haciendo énfasis en este último, como sujeto en el psicoanálisis, desentrañando su particular posición como sujeto, más bien que como “toxicómano”, “drogodependiente” y/o “adicto”, tal como es etiquetado y encasillado por el discurso social vigente, constituyéndose como síntoma social.

Esta es una problemática que no puede ser abordada desde una sola disciplina ni tampoco sólo desde la psicoterapia psicoanalítica. Otro de los objetivos del trabajo es caracterizar un abordaje clínico desde este enfoque, como una posibilidad más de tratamiento, entendiendo que la clínica del caso por caso delimitará el tipo de psicoterapia necesario en cada uno. Tal como otras patologías consideradas “nuevas o actuales” como las psicósomáticas, los trastornos de la alimentación y otras, consideradas patologías del acto, requieren un abordaje interdisciplinario, en el cual el psicoanálisis tiene un valioso aporte que realizar ya que la índole de estas problemáticas, suponen un desafío que cuestiona permanentemente toda forma de saber estático sobre la práctica clínica.

Este trabajo ha sido inspirado a raíz de mi práctica en el CAID de Alcalá de Henares junto a un equipo clínico de psicoanalistas, experiencia que me facilitó respirar aire fresco en un área donde las voces que he escuchado han sido con frecuencia demasiado trilladas, los discursos bastante repetidos y las soluciones, aunque la mayoría de las veces bien intencionadas, ineficaces o desacertadas.

Gran parte de las reflexiones de este trabajo surgieron de los intercambios en las reuniones de formación, en la práctica que compartía con

otras compañeras del Master y del Pir, así como también, gran parte de las ideas aquí expresadas surgieron a raíz del estudio y posterior comentario de textos recomendados durante las reuniones de equipo, de los ejercicios de rol playing primero y de la atención de pacientes después, así como de la supervisión y acompañamiento permanente del equipo a cargo de la formación, que a su vez es equipo de atención clínica, integrado por Teresa Bolados, Cristina Linares e Isabel Rodríguez.

Resumiendo entonces los objetivos, con este trabajo se pretenderá:

- Delimitar algunas incidencias del discurso social en la comprensión del fenómeno de las toxicomanías.
- Visualizar las distintas interrelaciones que se proponen desde sus tres pilares básicos: contexto sociocultural-sustancia-individuo, como los distintos modos de comprensión del fenómeno y el correlato de algunos de ellos con las propuestas de solución.
- Focalizar la perspectiva de comprensión desde el sujeto, a partir del enfoque psicoanalítico.
- Ubicar a la psicoterapia psicoanalítica junto a otros tipos de abordaje clínico de esta problemática, como alternativa viable dentro del sistema de atención pública.
- Destacar algunos de los aspectos principales del proceso psicoterapéutico circunscrito especialmente al contacto inicial, las entrevistas preliminares y la iniciación al tratamiento.

II. El consumidor “consumido” y sumido en la sociedad postmoderna.

*“Mejor que renuncie quien no pueda unir a su horizonte
la subjetividad de su época.”*

Jacques Lacan

Al iniciar este trabajo se hace necesario abordar el fenómeno de las toxicomanías en un sentido más amplio que el estrictamente clínico, lo cual tiene como objetivo distinguir el campo de los fenómenos sociales y de la clínica, sus particularidades y sus puntos de contacto.

Es en el **escenario social** donde se despliegan, desde los elementos que supuestamente intervendrían en la causación del fenómeno, hasta donde se realiza el consumo con sus consiguientes efectos y repercusiones, tanto para los sujetos como para el medio, y es en el mismo escenario, desde donde surgen las respuestas o las posibles soluciones, cuando este consumo se convierte en una ‘amenaza al orden social’.

Considerando que el ser humano ha utilizado drogas, o ha recurrido a distintas sustancias desde que la humanidad existe, como explica Freud¹ analizando los distintos modos utilizados por el hombre para enfrentarse al sufrimiento: *“El más tosco pero también el más eficaz para obtener este influjo es el químico: la intoxicación...Bien se sabe que con la ayuda de los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación”*; cabe preguntarse **¿por qué hoy este fenómeno se ha generalizado tanto?** O más bien, **¿qué características de nuestra época postmoderna influyen en que este fenómeno haya cobrado relevancia, número y haga las veces de posible salida ante la existencia de algunos sujetos?** Y además, **¿cómo incide esta sociedad postmoderna que habitamos, en la conformación de las características psíquicas actuales**

¹ Freud, Sigmund, El malestar de la cultura (Cap. II), Amorrortu Editores, Bs. As, 1929.

de los sujetos? ¿Cuál es la actual posición de la subjetividad en nuestra época?

No es el objetivo de este trabajo responder a todas estas preguntas pero sí plantearlas para la reflexión y tratar de acercarnos al tipo de incidencia que ejerce nuestra sociedad actual en este tema, ya que reconocemos al contexto sociocultural como uno de los pilares para abordarlo. Se trata de definir qué entendemos por el mismo y que función le atribuimos dentro del fenómeno de las toxicomanías desde el punto de vista psicoanalítico.

¿Qué caracteriza la época en que vivimos? El siglo pasado ha sido atravesado por vertiginosos cambios en los discursos sociales, evidenciando sucesivas **fracturas en el orden simbólico** y conmoviendo los marcos de referencia que con su fragilidad y permanente cambio nos confrontan con la **inconsistencia de nuestros posibles apoyos** y nos expone a sentimientos de intenso **desamparo**. Ya no domina la razón, las utopías han caído y la crisis alcanza tanto los valores éticos y estéticos como las propuestas de cambio social global. Los ideales sociales y culturales parecen sustituirse por el **ideal narcisista**, aumentando la devoción por el dinero, el prestigio o la fama. Exacerbando la tendencia al **individualismo**, la cultura massmediática **masifica y fragmenta** a su público prefabricando sus elecciones a través del marketing. Frente al influjo ininterrumpido de imágenes se acrecienta la **pobreza simbólica**.² Asistimos al privilegio de la **intensidad** en detrimento de lo representacional; la **satisfacción inmediata** en vez de los sueños largamente acariciados; la **indiferencia** en vez de la solidaridad; la comunicación satelital pero la imposibilidad de comunicarnos con nuestro vecino.

Como enfatiza Claudia Lamovsky *“El discurso cultural de cada época favorece ciertas formas de subjetividad y propicia condiciones para que se produzcan formas de padecimiento mental que le son propias; propone una visión peculiar de lo prescrito y lo prohibido, oferta ideales, valores, modelos identificatorios y un abanico de posibilidades acotadas para la deriva pulsional. Hoy el goce tiene canales autoeróticos y solitarios tan facilitados como la televisión, la computadora, la comida envasada y rápida.”*³

² Lamovsky, Claudia Silvia “La subjetividad de época y la clínica psicoanalítica”, Red Flapag.

³ Lamovsky, C. ibidem.

A partir de la globalización y de la construcción de enlaces comunicacionales que operan en tiempo real, se plantea la **transformación del paradigma cultural**. La hiperinformación borra las particularidades: todos los actores sociales opinan en los medios sobre todo, **borrando al diferencia entre opinión y conocimiento**. Existe una **catástrofe del sentido**. Todas las causas y todas las interpretaciones son posibles, sin que nada permita elegir. La presencia no se borra ante el vacío, sino ante el redoblamiento de la presencia, que borra la oposición presencia/ausencia fundante del orden simbólico.⁴ La transición adolescente además, se adecua a la perfección al modelo subjetivo de fin de siglo, convirtiéndola en un **ideal de eterna juventud**, que permite postergar el acceso a la adultez, con las decisiones y limitaciones que esta implica.⁵

La construcción de la subjetividad se despliega fundamentalmente bajo el **imperio de la imagen**, que a través de la **banalización de los valores** sustentados por la modernidad, trae aparejada la **superficialidad de los vínculos**, que se convierten en un objeto más de consumo, de fácil acceso pero sin posibilidad de cultivarlos y profundizarlos, pasan a formar parte de algo más a consumir, enmarcados habitualmente dentro de lo utilitario y lo desechable. En forma correlativa existe un debilitamiento de la noción de proyecto, el **consumir es seguido del tener** como base de la identidad personal, fomentando un consumo desmedido, que desborda ampliamente las necesidades básicas, convirtiendo a los grandes centros comerciales en el espacio social de ocio por excelencia, para comprar, para consumir, para divertirse. Se convierte el **consumo** así en la **actividad recreativa** por excelencia, al menos para un gran número de habitantes y sobre todo para los jóvenes, que se encuentran en megaeventos, en megadiscos donde el baile es su principal modo de vinculación.⁶

Se hace necesario entonces distinguir que todos los seres humanos, inmersos en esta sociedad somos **consumidores** de algo en algún grado (alcohol, tabaco, azúcar, T.V. chocolates, relaciones amorosas de cierto tipo, internet, trabajo, comida, ideología, religión, etc.). *“...“droga” puede ser*

⁴ Del Priore, Delia y otros. “La transgresión como paradigma cultural”, Red Flapag.

⁵ Cao, Marcelo Luis, “Medios de comunicación, adolescencia y posmodernidad”.

⁶ Cucco Mirta, Apuntes de clases en el Master de Psicoterapia Psicoanalítica, abril del 2002.

prácticamente cualquier cosa y no sólo las sustancias químicas, y que la caracterización de una droga como benéfica o perjudicial es completamente exterior al objeto mismo y sólo puede hacerse desde algún discurso o ideal determinado, no existiendo siquiera la posibilidad de una definición absoluta y para todos los casos de su ingesta como buena o mala.”⁷

Con este panorama propio de la época podemos tratar de ubicar en qué lugar de lo social se ubica el consumo de drogas actualmente y como forma parte de una de las ofertas, entre tantas otras de consumo, que es tal vez lo que ha contribuido a su utilización masiva.

Pensemos en los mensajes que habitualmente transmiten los medios de comunicación masiva, a través de imágenes publicitarias: *“...presentan a los jóvenes productos con capacidades sobrenaturales: teléfonos móviles que hacen libres, bebidas que hacen volar, perfumes seductores, compresas que llevan de viaje a países exóticos, coches que liberan del hastío de la vida cotidiana y un sin fin de productos...donde las expectativas de lograr todo eso están ahí, son ilusiones y deseos muy consolidados por el bombardeo publicitario.”* La Coca Cola como la chispa verdadera de la vida, el agua mineral que te brindará la silueta que siempre soñaste, el desodorante que atraerá hacia ti todas las mujeres y así en forma ininterrumpida fortalecen la idea en el imaginario social de existe la posibilidad real de tener todo lo necesario para **ser feliz** y que conseguir lo que uno quiere está en nuestra manos. “Todo se puede” es la consigna aparente que lidera la ilusión que a lo sumo, se trata de que **“pertenecer es lo importante”** como decía una propaganda de un banco. Con este nivel de expectativas *“El consumo de cocaína se relaciona positivamente con el ascenso de la posición de prestigio y poder definido como un logro individual. Esa toma de posiciones se realiza básicamente en el espacio de ocio, de la fiesta, de la diversión, aunque también en el espacio laboral. La cocaína es una sustancia cuyos efectos contribuyen a lograr prestigio, éxito y diversión, por lo que se convierte en un instrumento eficaz, en una tecnología sofisticada y cómoda que facilita los bienes codiciados... la cocaína es una de las drogas que logra transportar hacia esas sensaciones mágicas: crear euforia, placer y bienestar. Pocos productos que hay a nuestro*

⁷ Mattioli, Guillermo, Psicoterapia del toxicómano. Un enfoque psicoanalítico, pág. 149.

alrededor que se acoplan tan bien a una sociedad cautivada por la magia del consumo como lo hace la cocaína.”⁸

Todo esto es promovido además mediante la propuesta de un **estado de bienestar**, en detrimento del “bien ser”, promovido por personas que tienen respuestas para todo, al alcance de todos mediante cursos o libros de autoayuda que intentan cubrir la amplia gama de dificultades humanas posibles, estableciendo un punto ciego que no permite ver cómo se acrecienta el nihilismo, la agresividad, la corrupción y la intolerancia hacia lo distinto en todas sus múltiples expresiones: xenofobia, racismo, violencia en los estadios, así como también genera una tendencia exagerada a evitar o negar lo que tenga que ver con el malestar propio de los humanos sobre todo relacionados con nuestra existencia finita, como las muertes y los duelos, o la tristeza en sí misma.⁹

“Asistimos hoy en este extraño fin de siglo a un fenómeno social inquietante: la posibilidad de ser feliz ya no es más el derecho de todos; lo que fue un derecho a conquistar, se ha convertido hoy en una ‘obligación’, en el imperativo de una sociedad narcisista que ha hecho del goce un deber.”¹⁰

Estas características de nuestra época tienen como correlato, en la clínica, el hecho de que fenómenos que antes pasaban desapercibidos o no alcanzaban el grado de patología, ahora pasen a formar parte de las nosologías psicológicas y psiquiátricas como susceptibles de tratamiento, ante lo cual desde el psicoanálisis se vislumbra una posición contracorriente, no sólo en el modo de entender estas “nuevas patologías” más bien como nuevas formas de presentación de fenómenos que se han dado siempre, sino también y a partir de allí, en el modo de abordarlas: *“Actualmente alguien pierde a un ser querido, está triste y la tristeza misma ya ha perdido estatuto, parece no tener lugar en las experiencias subjetivas de la época, ya que la misma familia considera eso ya como una depresión, va al psiquiatra para que le medique, cuando el realidad el sujeto está en un tiempo de duelo. El sujeto contemporáneo debe funcionar sin encontrarse con ningún obstáculo, esto se*

⁸ Amador Calafat, La cocaína en la cultura recreativa, ponencia presentada en el Encuentro para profesionales: Cocaína, en Aranjuez, mayo del 2002, organizado por la Agencia Antidrogas.

⁹ Víctor Korman, Y antes de la droga...¿qué?, Grup Igia, Barcelona, 1995, “El estado de malestar”, pág. 158-9.

¹⁰ Vera Ocampo, Droga, Psicoanálisis y toxicomanía, pág. 24.

puede objetivar y cuando no funciona bien hay que corregirlo, y en muchos casos esa corrección debe ser pensada en términos de autocontrol, autoestima, etc. Mantener al psicoanálisis, va en una dirección contraria a estos imperativos propios de la época en términos de autoayuda, autocontrol y de realizar al sujeto en una felicidad sin ningún tipo de obstáculo.”¹¹

A las características que veníamos enumerando se suma la proliferación de las **transgresiones** a leyes antes fundamentales, fundadas en “Si el otro lo hace ¿por qué yo no?”, en un marcado **desprestigio de la ética** como algo en desuso.

Las toxicomanías también podrían plantearse como una de estas “patologías actuales”, debido al despliegue e incremento que han tenido en términos de repercusión pública, pero cabe preguntarse si como en el caso de la tristeza tomada por depresión, no viene más bien la toxicomanía a llenar el lugar que han dejado vacío la falta de preguntas acerca de cómo nos estamos relacionando unos con otros, de qué lugar ha venido ocupando la familia, a cómo tiene que vérselas con la falta de tiempo en esta carrera desenfundada por la subsistencia, falta de tiempo para compartir, criar y transmitir, preguntas acerca de cómo sin darnos cuenta nos vamos sumiendo cada vez más en un individualismo resultado tal vez de las grandes soledades a la que nos vemos expuestos como seres humanos, a las infancias donde la TV, los videojuegos y el ordenador son a veces las principales compañías. Tal vez las preguntas deban remontarse a un momento anterior al de ¿por qué tal proliferación de toxicomanías?

Desde el psicoanálisis nos corresponde *“Pensar –con las categorías propias de esta disciplina- cómo los factores sociales y familiares se han internalizado en un sujeto singular, cómo se hicieron carne y psique en él y cómo le condujeron con posterioridad, a establecer una relación adictiva con alguna/s sustancia/s. **Cómo se ha subjetivado el entorno social** a través de la familia y cuáles han sido los determinantes que –de manera altamente singularizada para cada uno- han impulsado al sujeto a la adicción.”¹²*

¹¹ Jorge Alemán, Seminario sobre Pensamiento y Pulsión, en curso, dictado en la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.

¹² Korman, Víctor. *ibídem*, ¿Qué tipo de causalidad?, pág. 54.

La propuesta de Korman es pensar lo social no por fuera como envolviendo a un sujeto, sino pensar que el sujeto psíquico, se ha constituido como tal por la **internalización de los vínculos con su entorno**, que marcan su psique y su biología, entorno primero familiar y luego extrafamiliar, a través principalmente del mecanismo de identificación. Hay inscripción psíquica de lo social, lo social está “dentro” del sujeto y éste a su vez, está “dentro” de lo social. De allí que, tal como especifica el mismo autor, los enfoques que consideran que sólo con alejar al adicto de su entorno pueden lograr su recuperación, como en algunas comunidades terapéuticas, olvidan que lo que no pueden aislar es lo que ese sujeto ha internalizado de su entorno familiar y social, lo que lleva siempre consigo y de lo cual no se puede separar. Por lo tanto, propone, en el abordaje clínico singular de un sujeto trabajar sobre lo social psíquicamente subjetivado.

Entonces ante la pregunta ¿cómo incide el contexto sociocultural en el fenómeno de las adicciones? ¿Su causalidad es psíquica o social? En este trabajo se propone, que el determinante fundamental es de índole psíquica: sin él no hay drogadicción. Los factores sociales inciden como coadyuvantes, en un sistema de determinación complejo de las subjetividades propias de nuestra época. En otras palabras: no existe una causalidad social directa de las drogadicciones, pero sí los cambios mencionados anteriormente y que caracterizan a nuestra sociedad actual producen cambios en la constitución de las subjetividades dando lugar a nuevas problemáticas, o mejor dicho, ocasionando que varíen las formas de presentación de las patologías.

Culpar al entorno social de este fenómeno va de la mano con desresponsabilizar a los sujetos sobre su consumo, entendiéndolos como víctimas de un sistema y tratando de separarlos de él a efectos de la cura. Poner el acento en el contexto social se hace vital sin embargo en el tema de la **prevención**, cuando aún la problemática no se ha desencadenado, trabajando por ejemplo a largo plazo con adolescentes y padres, apuntalando aquellas funciones que se encuentran debilitadas ante la falta de rituales sociales facilitadores de los pasajes por las distintas etapas vitales y por las mismas vicisitudes que se vienen enumerando.

Ahora bien, **¿cómo es que este consumidor por excelencia, promovido por los modelos de identificación que le brinda su entorno, coherente con su época, se convierte en un ‘adicto’, ‘drogadicto’ o ‘toxicómano’, en primer lugar, para el Otro social?**

III. Discurso social vigente sobre las toxicomanías: tratando de tapar el sol con un dedo.

Lo que podemos situar de entrada en el fenómeno de la toxicomanía es una práctica que a los ojos del Otro cultural aparece con distintas facetas en diferentes momentos históricos: práctica limitada y restringida a ciertos círculos a principios de siglo, práctica reivindicativa y contracultural en los años 70, de la falta de sentido de los 80 o la de la fiesta y evasión en la actualidad.¹³

Podrían señalarse cuatro fases desde la década del 60 hasta ahora en su evolución histórica relacionando el significado otorgado a la droga por el contexto social, la sustancia prevalente de consumo, cómo ha sido el perfil del consumidor y cual ha sido la respuesta desde el estado y las políticas públicas para abordar la problemática.¹⁴

EVOLUCIÓN HISTÓRICA	1º fase (1960-1970)	2º fase (1970-1980)	3º fase (1980-1990)	4º fase (1990-2002)
Significado de la droga	Liberación	Transgresión	El problema	La fiesta
Sustancia	Canabis y derivados, LSD.	Pastillas, heroína.	Heroína (paradigma) ↑ Cocaína	Heroína ↓ Cocaína D. Síntesis Alcohol
Consumidor	Enemigo político	Peligroso social	Heroinómano= marginal/enfermo	Cultura juvenil
Respuesta	Cárcel	Hospital Penitenciario o psiquiátrico. CT No profesionalizados	CT Red pública asistencial	Red asistencial diversificada y especializada

“Las sustancias están asociadas a valores simbólicos que las promocionan y legitiman. El alcohol es la sustancia totémica en nuestra cultura, tiene un alto contenido simbólico y social. El cannabis se promociona como la

¹³ Mauricio Tarrab, (1993)“...Mírenlos cómo gozan!!”, en Sujeto, Goce y Modernidad, Tomo I, Atuel.

¹⁴ Cuadro suministrado como bibliografía en la clase realizada en el Master de Psicoterapia Psicoanalítica por Teresa Bolados y Cristina Linares, en marzo del 2002.

*sustancia de la solidaridad, de valores alternativos, de la ecología y de la búsqueda de nuevas utopías sociales. El éxtasis es la droga del amor y de la amistad, está asociada a una conexión espiritual con los otros, a una mayor conexión con el ambiente, la música y el baile. La cocaína también va asociada a símbolos pero todos ellos con un fuerte componente individual e instrumental.*¹⁵

Se observa que actualmente el consumo mayoritario tiene relación con sustancias como la cocaína, o con las drogas de síntesis y/o el alcohol, en detrimento a la heroína que hasta hace algunos años evidenciaba el mayor índice de uso. Cada sustancia refiere necesariamente a una cultura de consumo, que convive y se adapta a otras culturas de consumo de otras sustancias y a la vez están todas ellas, relacionadas en la actualidad, con la fiesta, la noche, la diversión y la magia, formando parte de la cultura juvenil.¹⁶

Hasta hace poco los estudios realizados buscando correlaciones entre el consumo de drogas y su causa, en la población joven y adolescente, se detectaban problemas surgidos por una inadecuada conexión con el medio social: pobreza, fracaso escolar, precariedad del trabajo. Sin embargo para entender el problema actual de la cultura que rodea el consumo de cocaína debe superarse la idea de que se trata de consumidores pobres o desvalidos.¹⁷ *“Se consume para divertirse, para sentir placer, para olvidar problemas, para recuperarse de una borrachera, para sentirse superior, para superar retos, para un mayor rendimiento, para lograr más capacidad competitiva, más prestigio, etc., todos ideales simbólicos que acompañan y justifican el consumo de cocaína y que tienen una trascendencia individual. Todas ellas son razones egocéntricas que buscan satisfacciones únicamente personales.”*¹⁸

Centrándonos en el consumo de cocaína podemos distinguir al menos tres tipos o arquetipos de consumidores, de acuerdo a la posición que ocupa el consumo de cocaína en los intereses vitales del consumidor:¹⁹

1) Consumidores aristocráticos: Hacen uso de la cocaína en forma ocasional, habitualmente sólo mezclada con alcohol de buena calidad,

¹⁵ Calafat Amador, Juan Becoña, E and et al (2000) Salir de marcha y consumo de drogas.

¹⁶ Amador Calafat, La cocaína en la cultura recreativa, ponencia presentada en el Encuentro para profesionales: Cocaína, en Aranjuez, mayo del 2002, organizado por la Agencia Antidrogas.

¹⁷ Amador Calafat, ibídem.

¹⁸ Amador Calafat, op. cit., pág. 63.

pertenecen a un grupo social de status elevado. Consumen drogas para 'disfrutar de la vida' y distinguen su modo de consumo 'inteligente' de otros masivos o para ocultar los problemas. Grupos menos visibles en los ambientes juveniles pero de mucha influencia y capacidad definitoria de la cocaína. Este grupo nunca acude a consultas públicas, si su consumo se convierte en problemático.

2) Consumidores recreativos: Para quienes la cocaína es una droga más –aunque la más codiciada- de todo el repertorio que han probado y pueden optar cuando salen a divertirse. Formado por consumidores más jóvenes, la mayoría en el proceso de situarse en el espacio social más consolidado como adultos y profesionales. Consumir cocaína en forma controlada es un reto que no siempre consiguen y son los que comienzan a pedir ayuda con más frecuencia cuando ese control falla. Es el grupo mayoritario o el más visible.

3) Consumidores 'atrapados': Algunos de estos consumidores mantienen una relación distinta con ese objeto de consumo, a veces en un momento de la vida, que deriva en una relación de dependencia con ese objeto: es el lugar prioritario que un sujeto le da en su proyecto vital lo que produce que éste tenga problemas con las drogas, que comience a consumir diversas sustancias y en forma compulsiva. El discurso social diría que ha sido 'atrapado por la droga'.

Desde el enfoque psicoanalítico podríamos intentar pensar que esta peculiar relación que un sujeto establece con una sustancia, es lo que lo convierte en "alguien que atrapa a la droga" -vamos a adelantarnos- que atrapa una solución fallida. Hay personas que evidencian una marcada **dependencia** a algún tipo de droga, existen personas que consumen drogas pero nunca llegan a establecer con ellas una relación de dependencia, así como otros comen y su relación con la comida presenta sólo los avatares normales para cualquier ser humano: come más porque se está ansioso, menos porque se deprime, etc.

"El objeto-droga se sitúa dentro de una red social, adquiriendo dentro de esa red un valor ético determinado y determinante de su valor de uso. Pero,

¹⁹ Amador Calafat, *ibídem*, pág. 64.

*más allá de estas características, habremos de coincidir en que el usuario establece una dependencia de carácter patológico con un objeto prohibido en la realidad y sostenido en su prohibición por un orden sociojurídico y legal. Es necesario no perder de vista esa característica que nos permite situar la adicción a las drogas con más claridad en relación con otras formas de dependencia.*²⁰

Es necesario “Esclarecer el fenómeno “*toxicomanías*” mediante el deslinde de los variados aspectos que lo atraviesan, y sentar las bases de un abordaje clínico adecuado para los **sujetos ‘sujetados a la droga’**”²¹. Este es un modo de denominación que Korman propone, a falta de otro mejor, denunciando que la práctica habitual de otras denominaciones, en un exceso de simplificación y economía del lenguaje, barre con las diferencias individuales y crea una **categoría social “drogadicto”, “toxicómano”, ‘adicto’, ‘drogodependiente’**, que ya no sirve para representar la problemática de cada individuo caso a caso. El sujeto desaparece en el problema que lo rotula: no es un sujeto que tiene problemas con la droga sino que es un drogadicto, un sujeto alienado al significante tóxico.

Esto hace que podamos pensar en un “sujeto sujetado a la droga”, pero que siempre se presentará como alguien con características peculiares y particulares propias de su singularidad como sujeto, que habrá que rastrear en su historia personal, en cómo fue **escogiendo inconscientemente** establecer esa relación tan especial con determinado objeto que en ese encuentro se constituirá como droga, capaz de producir dependencia. Como decía, no se desconoce sin embargo los efectos nocivos del consumo de ciertas sustancias por encima de otras, pero el acento desde el enfoque psicoanalítico no va a estar colocado en la especificidad de la sustancia que se consume ni en sus efectos, en el fondo “dará casi lo mismo” la sustancia que se consume: lo que interesará es el sujeto que la ha atrapado y qué función cumple la droga en su vida, para qué le sirve, que lugar ocupa. Y digo entre comillas porque nunca da lo mismo, pero no se parte en la clínica psicoanalítica de la idea de que debe alejarse al sujeto de la sustancia por considerarla nociva, como en la mayoría de los tratamientos tradicionales, ya que se entiende que no es casual que un

²⁰ Bulacio, Bruno, De la drogadicción, contribuciones a la clínica, pág. 57-58.

²¹ Víctor Korman, ibídem.

sujeto haya buscado refugio en la adicción para aplacar su malestar, él es quien busca activamente ese encuentro y lo inviste de lo necesario para sentirse mejor, en principio siempre para mejorar la calidad de su existencia, en principio porque también al comienzo, la ingesta de la sustancia se vivencia como una especie de “luna de miel”, adonde es cierto tipo de bienestar el que se consigue como correlato de su ingesta. Bienestar buscado activamente y que sólo posteriormente evidenciará para algunos su lado oscuro.

*“La relación con la cocaína se inicia con una ‘luna de miel’ en que la sustancia fascina y seduce, algunos aprenden a mantener una relación intermitente con la sustancia con lo que consiguen prolongar durante años o toda la vida el encantamiento. Otros pasan a un consumo más frecuentes e instrumental y de ellos una parte quedan completamente atrapados en su seducción. Cuando eso ocurre el encantamiento de los efectos desaparecen y sólo queda la necesidad de consumirla. Los consumidores ‘con problemas’ elaboran una nueva definición del significado de la cocaína, muy distinto al que domina el mundo recreativo de la fiesta y la diversión. Es la otra cara de la luna, el lado que no brilla... **En buena parte la invisibilidad de los problemas del consumo tiene sus razones en el panorama simbólico que define a la cocaína en nuestra sociedad. La adicción resulta difícil de detectar porque se presenta en un formato distinto al conocido de la heroína, porque sus efectos pueden tardar años en aparecer y es distinto en cada persona.**”²²*

“Los cocainómanos no desean ser etiquetados como drogadictos, por el estigma que comporta. Los drogadictos son vistos como un grupo marginal, deteriorado, enfermo, demacrado, delincuente, que vagabundea por las calles pidiendo limosna y todo su interés consiste en lograr una dosis más. La imagen del heroinómano se ha convertido en la imagen del drogadicto y ello crea un disfraz que oculta a los nuevos consumidores de otras drogas, como es el caso de la cocaína.”²³

Quien pierde el control en el consumo no es considerado como víctima inerte de la droga, desde el enfoque psicoanalítico, sino como un sujeto **responsable de una elección subjetiva**, tal vez inconsciente, tal vez

²² Amador Calafat, ibídem.

²³ Amador Calafat, ibídem, pág. 67.

sobredeterminada, pero elección que se mantiene a toda costa, porque al principio siempre significa un alivio, una solución, algo necesario para seguir viviendo, sólo que lo que antes se vivenciaba como lo que producía bienestar se vuelve algo que impele, que no se puede controlar, algo que se impone desde fuera como quien se encuentra atrapado, pero a pesar de ese cambio de percepción subjetiva de que ya no es lo mismo, la función del objeto droga sigue sin modificarse y es lo que tal vez se deba desentrañar.

El discurso social, al entenderlo exactamente del modo contrario y otorgar a la sustancia el poder de definir a los individuos de acuerdo a lo que consumen, ofrece así categorías estáticas que sirven además a los propios sujetos con esta problemática, cuya particularidad los predispone para rápidamente sumirse a ellas como una forma de colocarse en el lugar que el Otro social les ofrece. *“El punto de vista comúnmente aceptado asegura que la existencia de sustancias psicotrópicas, excitantes y depresoras es la principal responsable de todos los males individuales y sociales asociados con su consumo. Si no existieran desaparecerían los problemas. Ésta es la concepción más generalizada en la literatura específica y más aún en periódicos, revistas, etc. Resulta significativo que sea también una posición habitual en los mismos adictos así como en sus familiares, que suelen referir todos los padecimientos a la existencia y disposición del tóxico. Más significativamente aún, es la opinión de un amplio sector de profesionales de la salud, tanto pública como privada, quienes al igual que muchos ex-toxicómanos consagran sus esfuerzos a combatir la droga.”*²⁴

Por consiguiente la propuesta es *“Descentrar las toxicomanías del objeto “droga” para colocar el foco en el sujeto que consume...relativizar la opinión - excesivamente generalizada en el imaginario social- de que los males que padecen los toxicómanos comienzan con la ingesta de sustancias.”*²⁵, propuesta absolutamente necesaria para abordar la problemática desde el enfoque psicoanalítico.

Reformulemos entonces la pregunta en relación a la historia personal **¿cómo es que este consumidor por excelencia, promovido por los modelos de identificación que le brinda su entorno, coherente con su**

²⁴ Mattioli, Guillermo, op. cit, pág. 148-149.

²⁵ Korman, V. op. cit.

época, se convierte en un sujeto que como solución a su malestar atrapa a la droga? ¿qué pudo ocurrir en su historia personal que lo ha llevado a encontrar esa particular relación con una sustancia tóxica?

IV. Cómo un sujeto se vuelve “sujetado a la droga” o en alguien que “atrapa a la droga”

“Cualquier humano llega en determinado momento a la zona en que no hay respuestas, aquella en que los problemas que habíamos creído resolver se hallan enraizados en el misterio. Arribado a través del triunfo o de la derrota, cada cual tiene un particular estilo para afrontar esa franja que causa vértigo. Al tocar esa orilla de la vida, todos experimentamos sin excepción algo.”

Murena, H, La metáfora y lo sagrado²⁶

Es necesario antes de continuar insistir, que desde el punto de vista psicoanalítico, es imposible determinar que un sujeto va a ser adicto a algún tipo de sustancia con anticipación. No existe una relación causal directa, tampoco entre la estructuración psíquica particular de un sujeto y la adicción a alguna sustancia como consecuencia. La adicción no es un síntoma ni una estructura, es un **acto** que apoyándose en cualquier estructura neurótica, perversa o psicótica nos confronta a lo que hace cortocircuito con la palabra, es un hacer en vez de un decir.²⁷

Sin embargo y teniendo esto siempre presente como telón de fondo, se pueden rastrear ciertos momentos particulares en la **constitución subjetiva**, que podrían llevar en su encuentro con alguna sustancia a “subjetivizarla”, es decir a hacerla formar parte de su particular subjetividad, escogiéndola de algún modo porque ello contribuye a apuntalar algo de la constitución subjetiva que deviene carente y que la droga contribuye a calmar.

Sin embargo, intentar entender esta problemática no constituirá de ningún modo una especialidad clínica particular: lo que se puede decir de los sujetos que tienen problemas con las drogas se puede decir también de otros sujetos que no los tienen, porque las vías de intentos de resolución han sido diferentes, partiendo de una base similar. Lo que quiero que dejar sentado es que para entender cómo es que un sujeto deviene en su constitución con

²⁶ Tomado del libro Lo público, lo privado, lo íntimo: consecuencias de la ley en el sujeto, de Juan Dobón.

²⁷ Levy Beatriz y Estela Sagredo, La toxicomanía y sus marcas, Red Flapag.

problemas con las drogas necesitamos ser “**expertos en sujetos**”²⁸, en el sentido clínico, ya que a pesar de que hay algunas cosas que se podrían enunciar como características de esta problemática, no alcanzan a dar cuenta de cómo se produjo esa circunstancia particular en cada uno, ni alcanzan para generalizar, salvo con el cuidado de mantener siempre presente el “no para todos” al momento de estar frente a alguien con estas características.

No es entonces, como decíamos, que en el encuentro con la droga todos los sujetos se vean atrapados en una relación de la cual no pueden salir, esto explicaría por qué algunas personas, como decíamos, consumen algún tipo de droga en forma regular pero nunca se vuelven adictos y es que ellas no constituyen esta particular relación con la sustancia de la que estamos hablando, es el lugar que cada sujeto le da a la droga en su vida lo que la constituye en problemática o no, para ese sujeto o veces ni siquiera para él, sino para su familia o su entorno social.

*“Los factores subjetivos que sustentan las toxicomanías son por lo tanto, universales. Esto no nos eximirá de meditar por qué ese trasfondo común y compartido por toda la especie humana, que nos predispone a la dependencia, alcanza intensidades altísimas en algunos sujetos, hasta el punto de que sus vidas pueden acabar girando en torno a una sustancia determinada. Sin embargo insisto en apuntar que las supuestas peculiaridades de los toxicómanos son menores que las que se intentan constantemente presentar. Su peculiaridad reside en ser un sujeto con una historia singular, en la cual la elección de la droga y el cómo llegó a colocarla de un modo peculiar en su vida es lo que hay que desentrañar en cada caso.”*²⁹ *“Estos sujetos muestran –de manera dramática y paradigmática- algunas verdades palpables en todos y cada uno de los seres humanos; por ejemplo, la conflictiva relación que mantenemos con la realidad cotidiana, nuestros intrincados vínculos con el goce y la libertad, las resistencias para aceptar la finitud de la vida, el tremendo desamparo y la fragilidad que nos habita, la dificultad para entablar lazos*

²⁸ Como decía Jorge Alemán en una clase del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica: “De los toxicómanos, de los anoréxicos, de los psicósomáticos, uno puede decir dos o tres cosas, como las puede decir de los españoles o de los hinchas del Real Madrid, pero que al momento de la clínica no dan cuenta de su especificidad. Yo creo que si necesitáramos hablar de especialistas, sería de especialistas en sujetos.” Abril, 2002.

²⁹ Víctor Koman, *ibídem*, pág. 33.

*diferentes a los narcisistas, nuestras tendencias a las fascinaciones e idealizaciones masivas. Evidentemente, nada de esto es patrimonio exclusivo de los drogodependientes.*³⁰

Digamos entonces que por lo “escandaloso” de las consecuencias del consumo, por las repercusiones inmediatas que tiene en el entorno social, por su rápida relación con el deterioro general del individuo y con la muerte, uno podría pensar que alguien que deviene sujetado a la droga es especial por esto, porque su vida corre un serio riesgo, pero también cabría preguntarse por qué no escandaliza tanto que uno de los mayores porcentajes de muertes entre los jóvenes, por ejemplo, se produzca por conducir a exceso de velocidad y por qué no es este fenómeno también aislado y estudiado por los especialistas, es algo que llama la atención. Y aunque se aislara y estudiara ¿daría cuenta de algo distinto que permitiera agrupar a esos sujetos y aislarlos por representar una problemática singular? Creo que no. Seguiríamos enumerando esas tres o cuatro cosas que nos incluyen a todos los seres humanos en nuestro proceso de constitución como tales, proceso que nunca tiene fin, que nunca es armónico y natural, ya que al estar atravesados por el lenguaje quedamos ligados al orden de lo simbólico, donde las relaciones lineales y causales se pierden, los instintos se desdibujan a favor de la pulsión, que siempre juega su papel, siendo constitutiva del psiquismo humano y de una manera u otra, variable con las épocas, haciendo notar sus efectos.

Por lo tanto, a continuación describiremos a modo general algunos de los procesos básicos de la constitución subjetiva, señalando aquellos momentos en los cuales al producirse algún tipo de vicisitud particular, podría darse lugar a que se instalara una adicción a las drogas, siempre teniendo en cuenta que ante la misma vicisitud también un sujeto podría no desarrollar esta problemática y sí otras, o también ninguna en especial.

- **Un padre que faltó y una madre que sobró y algo más.**

³⁰ Víctor Korman, *ibídem*, pág.33.

“El psiquismo “individual”, fundamento de una identidad obtenida por identificación, es claramente un producto social y de la cultura, logrado gracias a una tarea de constitución, diferenciación y separación que jamás ha sido pacífica....y que jamás deberá darse por definitivamente acabada.”

Víctor Korman

Es común encontrar como explicación a estas patologías de difícil acceso la fórmula: padre ausente, madre sobreprotectora. Vamos a tratar de ampliar más este reduccionismo que aplicado a mansalva no hace más que continuar favoreciendo los estereotipos que caen con nuevo peso significativo sobre el sujeto, borrándolo, atribuyendo ahora la causalidad a las relaciones familiares, en vez o además del contexto social.

Podemos definir al ser humano como un **“ser para la dependencia”** parafraseando a Heidegger, teniendo en cuenta que la “cría humana” es la más indefensa y la que más se encuentra al nacer a expensas de otro ser humano que le acoja y le ayude a sobrevivir. Como lo explica Korman citando a Freud *“Me estoy refiriendo al **desamparo constitutivo** –la *Hilflosigkeit* freudiana- (nota: estado de inermidad e impotencia del lactante, que no puede obtener por sus propios medios la satisfacción de sus necesidades más elementales: hambre, sed, etc. Esto le coloca en un estado de extrema dependencia respecto a los adultos que le rodean.)”*.³¹

*“Desde el punto de vista subjetivo, el pecho materno o el biberón, que es su sustituto, es el primer objeto con el que un niño/a tiene contacto en su vida. Es un objeto absolutamente privilegiado porque cumple distintas funciones: no sólo lo alimenta, sino que es el primer objeto de satisfacción y en torno a él se organiza, de manera fundamental, la relación con la madre. Tanto es así que en los primeros meses de vida no se sabe a quién pertenece más el pecho, si al niño o a la madre.”*³²

Por la vía del alimento el bebé es introducido en la dimensión de la relación con los otros, especialmente con ese Otro fundamental que es la madre y también es introducido en la dimensión de la satisfacción que le

³¹ Víctor Korman, *ibídem*, pág. 32.

³² Graciela Sobral, Introducción al estudio anorexia-bulimia, en *Encrucijada Anorexia-Bulimia*, pág. 21 y stes.

procuran tanto el alimento como la relación con la madre. En el mismo movimiento, de acuerdo a Freud, el recién nacido incorpora activamente, a través del mecanismo de **la identificación primaria** y movido por una sed pulsional, todo aquello que le viene de sus figuras parentales, incorporación en la que se mezclan los alimentos con las demostraciones de afecto o de abandono. Incorporación que dará origen al primer acto psíquico: la capacidad de fantasear con aquello que calmó el dolor y la molestia producida por el hambre, su objeto de satisfacción, hambre, que como necesidad biológica, va a estar acompañada precozmente de una demanda más sutil, como el que lo sostengan en brazos, lo miren, le hablen, le sonrían o jueguen con él, en el fondo demanda de que lo quieran y lo reconozcan, una demanda hacia el Otro primordial, hacia su madre.

Son los padres, en especial la madre o quien ejerce esa función, quienes como sujetos ya constituidos intentan por un lado satisfacer sus necesidades biológicas y por otro responder a esta demanda de amor, a través de sus peculiares constituciones subjetivas y poniendo en juego también en forma inconsciente, lo que les sucedió a ellos cuando bebés, la **significación de los padres** arroja permanente al recién nacido. Ya desde mucho antes de nacer ambos padres y cada uno bañan al niño con sus propios deseos y a través de esto el recién nacido se va constituyendo como sujeto, primeramente ocupando un determinado lugar en relación a ambos.

Sin embargo dicho así, parecería este un proceso de “fotocopiado” donde el bebé incorpora de los padres aquello que ellos incorporaron de los suyos y así ad-infinitum. No es entendido así ni por Freud ni por Lacan. El recién nacido no es pasivo en este movimiento sino que incorpora activamente lo dado, y hasta se podría entrever que selecciona de algún modo lo que recibe o deja de recibir.³³

Primero el niño se encuentra **alienado a este deseo** de sus padres, principalmente de su madre, y es uno fundido con él para luego y en sucesivas fases comenzar su proceso de **separación**, proceso que continuará a lo largo de la vida. La madre, aunque no sea consciente de esto, cumple la función de comenzar a introducir a su bebé en un mundo que tiene un cierto

³³ Víctor Korman, *ibídem*, pág. 162.

funcionamiento, donde las cosas son de una determinada manera, donde hay horarios, momentos para el juego, para la comida y para dormir. La madre cumple una función simbólica. Es quien a menudo interpreta qué quiere decir el llanto del bebé y quien lo colma, a veces con alimento, otras con un grito, otras tomándolo en brazos y quien va a comenzar a descifrar en cada llanto cuál es la **necesidad** del niño: ¿tiene, hambre, sueño, frío, dolor? Al intentar colmarlo y calmarlo se va jugando algo más que satisfacer las necesidades biológicas, posibilitando que circule entre ambos una **demanda**, demanda que siempre es de amor, pasando entonces los objetos de satisfacción a subordinarse a esta demanda y convirtiéndose en dones de amor recíproco. La demanda de amor como tal, en su estructura nunca puede llegar a colmarse, ya que el objeto de amor nunca está a la altura de lo que se espera de él, ese resto que va quedando dará inicio posteriormente al **deseo** en un sujeto, irá dejando ese dejo de insatisfacción que generará el movimiento necesario para la vida y lo constituirá en un sujeto deseante.

La burbuja necesaria para la subsistencia ya está lista, el narcisismo primario en el cual el bebé es todo para su madre y ella todo para su bebé está en marcha, cada uno objeto de amor del otro, conforman una unidad “sin falta”, necesaria en el primer momento vital para la subsistencia. Pero la madre, humanamente hablando, no puede ocupar todo el tiempo este lugar, en algún momento deberá ausentarse o tendrá una ocupación o preocupación distinta a la de su bebé, introduciendo en este gesto la dimensión de la falta inherente al deseo humano: el bebé no la colma totalmente y esto comienza a introducir en la relación dual pequeños momentos de separación, que son vividos por el bebé paulatinamente como que él no es todo para su madre.³⁴

Sin embargo hay una omnipotencia estructural del Otro que puede dificultar este proceso que venimos describiendo en el que es necesario que la madre se reconozca a sí misma en el sentido contrario: impotente, incompleta, ya que la situación de desamparo marca lo contrario: ella es la única que puede hacer que el bebé sobreviva. El niño pequeño es impotente frente al adulto, sólo puede aceptar o rechazar aquello que le viene dado, invirtiendo el orden establecido y sintiéndose él omnipotente en la relación, fase necesaria en su

³⁴ Graciela Sobral, *ibídem*, pág. 23.

desarrollo que luego deberá ser abandonada, dando lugar a numerosos ajustes y desajustes en la relación madre-hijo que deben irse dilucidando.

En este proceso lo importante es que el bebé perciba que a esa figura que es todo para él le falta algo, algo que buscará en otro lugar, no materialmente, sino que quiere otras cosas además de a su bebé. Es necesario que quien ejerza la función de madre pueda aceptar en sí misma **una falta en ser**, que busque ser colmada en otro lugar distinto al que ocupa su hijo.

“¿Pero en qué momento un niño llega a ocupar este lugar central en el Otro, de manera que su separación resulta imposible por la vía normal o de cualquier forma insoportable para su Otro? Cuando el partenaire de la madre, el padre, deja de ser, o no lo ha sido nunca, causa del deseo de la madre. Una madre que no articula en su vida el hecho de ser también una mujer. Una madre que sólo actúa como madre. Una madre todo madre y nada mujer. En estos casos, cuando el padre queda fuera del deseo de la madre, es cuando la madre hará del niño su único objeto de satisfacción.. Si pensamos que la función del padre es, como función lógica, la de separar a la madre del niño a través del falo como objeto real, simbólico e imaginario, deseado por la madre, podemos comprender que a falta del reconocimiento de esta función por parte de la madre hacia el hombre con quien ha gestado a su hijo, el efecto de la separación desaparezca y el niño sea absorbido, aspirado, englobado, por el deseo materno.”³⁵

A pesar de que el niño se observa en este proceso muy determinado por su madre, y posteriormente por su padre, existe un margen de **selección** por parte del bebé y una forma constante de ubicarse e irse reubicando en distintas posiciones con respecto a ese deseo del Otro que le viene impuesto.³⁶

Es en ese buscar otra cosa de la madre que el padre, desde su función, puede introducirse en esa dupla y ejercer su principal función la de separar, para generar más autonomía y para posibilitar en el bebé más adquisiciones en las distinciones que pueda hacer sobre su realidad, introduciéndolo en el complejo de castración y permitiéndole el acceso a la diferencia sexual. En un primer momento el niño lo es todo para la madre, en un segundo tiempo hay

³⁵ Uberto Zuccardi Merli, Por una clínica de las enfermedades de la dependencia, en La encrucijada Anorexia-Bulimia, pág. 96-7.

otro, el padre quien tiene algo que su madre quiere y en un tercer momento, nadie tiene lo que quiere la madre, hay algo que falta y en ese lugar de falta va a circular, en cada sujeto desde su particular posición la forma de ubicarse en relación a esa falta: creyéndose capaz nuevamente de colmarla, sintiendo que es quien la colma, sintiendo que tiene algo adecuado para colmarla, poniéndola al descubierto en el otro para no ver la suya propia y las distintas posibilidades y combinaciones que en la dialéctica del **ser** y el **tener** se juegan.

Es en esta forma de ubicarse en relación al Otro cuidador, proveedor, castigador, abandonico, en sus infinitas posibilidades, que todo ser humano va a devenir como sujeto; proceso de estructuración que tendrá diversos derroteros para cada uno y en el cual existen estas fases delimitadas por las que el recién nacido y luego el niño/a deberían pasar para constituirse como sujetos para el psicoanálisis, para definir, al decir de Heidegger su modo de “ser en el mundo”, no fases cronológicas ni a modo de etapas de desarrollo, sino fases en las cuales se irán fijando algunos modos de funcionamiento particulares en cada sujeto. El modo en que pasa por estas fases y lo que resulta de ese pasaje constituirá su particular estructura psíquica. Pasaje que nunca será claro y lineal, que a pesar de tener edades para su consolidación en la primera infancia y que resurgirán con intensidad en la adolescencia, continuarán funcionando durante la vida mediante la **resignificación**, estando presente siempre en la actualidad de cada sujeto: repitiendo, intentando, frustrando, doliendo, calmando, sustituyendo, evadiendo, aliviando, enfrentando un proceso que nunca acaba, diría yo, que ni siquiera con un utópico final de análisis.

Cabe distinguir acá que cuando hablamos de padre y madre, siguiendo a Lacan, es más preciso hacerlo desde la función paterna y función materna. Hacer esta distinción nos permite pensar en las peculiaridades de cada función y entender que cada una de ellas pueden estar en ambos progenitores, o también faltar en ambos. Así entonces diríamos que son necesarias dos funciones en la constitución subjetiva: la **función materna**, que tiene como fin narcisizar, hacer sentir importante, valorar, reconocer, proteger, recubrir;

³⁶ Apuntes de la clase sobre Estructuras Clínicas de Víctor Korman, en el Master de Psicoterapia Psicoanalítica, marzo del 2002.

invertir, erogeneizar, y la **función paterna**³⁷, que tiene como fin poner límite, prohibir, separar, regular, incorporar el principio de realidad, instaurar una ley que marca la distinción entre lo que se puede y lo que no, función de sustitución metafórica del deseo de la madre por el nombre del padre, de la cual dependen todas las significaciones ulteriores. Ambas funciones están en ambos progenitores, padre y madre, incluso aunque estos no sean los padres biológicos.³⁸

También podría decirse que a veces hay un exceso de función materna en ambos progenitores, que puede producir en la constitución subjetiva una dificultad para la internalización de la ley, de los límites, algo bastante frecuente en nuestra época. Cabe aquí acotar que estas funciones son en cierto modo fallidas, nunca pueden desempeñarse de modo completo y total, sino que –y gracias a eso somos humanos y no máquinas- siempre hay algo en nuestra constitución que se desliza, por decirlo de algún modo, que falla, que deja una marca, que abre una hendidura, que genera una falta, constitutiva en todo ser humano.³⁹ Depende de la posición en que cada sujeto se ubique en relación con eso que le faltó, que no pudo ser colmado -porque en sí mismo es imposible de colmar- porque una vez que estamos inmersos en el mundo del lenguaje, lo natural e instintivo comienza a no dar cuenta de lo que ocurre; depende del lugar en que cada sujeto se ubique respecto a eso que le faltó es que se encontrará en una particular **posición subjetiva** que será su sello particular. Posición que fundamentalmente es una y la misma a lo largo de la vida, pero que se puede ir modificando gracias a la asunción de los avatares propios de la misma, se puede modificar a veces sí y otras no, o comenzar a cristalizarse cada vez con más nitidez, en cada historia en particular.

¿Cómo funcionaría esto en el caso particular de los sujetos que atrapan a la droga? Igual que en todos los demás sujetos la falla está en la función paterna o materna, por exceso o por falta y en también no haber podido el sujeto remediarlas de otra forma. Lo que hace la particularidad, que deja de serla en el caso ajustarse para él como salida, la relación con una sustancia

³⁷ Función que por otro lado se encuentra “de capa caída” en nuestro modelo sociocultural actual tan “sin límites” o de límites tan difusos, un tema muy bien tratado en “El manto de Noé: ensayo sobre la paternidad”, de Philippe Julien, Alianza Editorial, Bs. As., 1991.

³⁸ Para el psicoanálisis la paternidad supera al hecho biológico de ser progenitores a través de su función, que tampoco debe ser confundida con los roles sociales habitualmente asignados.

que en su caso es su mejor intento de solución al dolor psíquico que en distintos grados adolecemos todos, indefectiblemente por el hecho de pasar por este proceso de alienación-separación, dependencia- autonomía, lo del Otro-lo propio, que caracteriza toda constitución subjetiva humana, el dolor propio del ser humanos, de ser incompletos. Pareciera que siempre vivimos con cierta añoranza de esa situación primera que creó la ilusión de completud, de ser uno con otro. Al ir buscando en la vida reeditar ese momento de diferentes maneras, dificultamos nuestro crecimiento y tropezamos habitualmente con los mismos obstáculos al que quedar de alguna forma fijados en ciertos modos de funcionar que se gestaron muy tempranamente.

*“El sujeto no tiene un lugar fuera del deseo materno, no puede abstraerse de esta herencia legislada por los mandatos parentales. Por eso no es de extrañar que en los análisis que conducimos la demanda se dirija –bajo la forma de una apelación a este Otro- a que legisle sobre las diferencias y marque la prohibición que garantice el acceso al deseo. Esta apelación toma la forma en el adicto, de un desafío. Ser de desafío que invoca al no ser que lo funda.”*⁴⁰ Esto daría la posibilidad de pensar en algunas de las dificultades que se producen cuando esa falta que debió aparecer, de modo de que el padre legislador pudiera introducirse en la escena entre la madre y el niño. Pudiera pensarse entonces que alguien con esta dificultad va a establecer una relación particular con la ley, en cuanto a su transgresión o la búsqueda de que su peso desde lo jurídico caiga sobre él, para algunos la ingesta de una sustancia prohibida puede tener esta función: el desafío, probando cuánto de límite puede hacer la ley, o el juez o la cárcel, lo cual en cada sujeto va a ser vivido de modo diferente, fenómeno que no sólo puede observarse en la ingesta de sustancias.

“Partiendo de la célula narcisismo-madre fálica, la posibilidad de salida del encierro narcisista residirá en la ejecución de una función paterna legisladora. A ella resiste, según el modo particular de renegación que se expresa en el consumo de la droga, apoyada sobre el fondo de una madre idealizada en permanente complicidad y seducción mutuas, burlando tal función; queda presentificada una ley (un padre) y por quedar así, se hace

³⁹ Tal como la “falta básica” de la que hablaba Michael Balint.

⁴⁰ Sara Szeinman y Bruno Bulacio, De la sexualidad y la drogadicción, en De la drogadicción, pág. 38.

absurda, caprichosa y ridícula, se puede “escapar” a ella, el adicto la busca con constancia (cárcel, enfermedad, muerte), fracasa y resurge, incólumne, por un período más.”⁴¹

- **Lo que debió advenir y no lo hizo.**

“Hace ya tiempo me ando buscando y no me encuentro ni en el espejo”

Estopa, “Vino tinto”

Si estamos hablando de dificultades en la separación con la madre, con el Otro primordial, en un particular tipo de fallo en la ley paterna que constituye a cada sujeto como único, hablamos de las dificultades que surgen en el momento de paso por el proceso edípico y hablamos por lo tanto de las dificultades para distinguirse de otro diferente a uno, de la dificultad de acceder a la diferencia sexual y de lo endeble que puede resultar a veces la triangularidad edípica, la aceptación de un lugar tercero que al no instalarse ‘adecuadamente’, le impide de alguna manera enfrentar la castración y le insta a quedar por fuera de la ley del padre. Instauración esta que a veces se subsana no obstante, mediante sustituciones de objetos y de funciones, que permiten seguir viviendo. Esto determina la particular posición de un sujeto en su fantasma, su manera personal de responder a **¿qué es lo que quiere el Otro de mí?**

“Lo que hace sufrir a los seres humanos no es el hecho de separarse, sino el hecho de no poder separarse.”⁴²

Del lado de la madre o más específicamente desde su función, las dificultades que luego repercutirían en la constitución subjetiva estarían dadas en que al tener dificultades con su propia falta, no puede **mostrarse faltante** y ocupa un lugar de omnipotencia sin fisuras, de perfección, de exactitud o de que no puede faltar, nunca está ausente en cierto modo, es una madre omnipresente, siempre sabe lo que es bueno para su hijo, siempre tiene razón.

⁴¹ Claudia Espeja, Para una introducción al estudio de la adicción a las drogas, en “De la drogadicción”, de Bruno Bulacio.,, pág. 26.

⁴² Uberto Zuccardi Merli, ibídem, pág. 97.

Del lado del padre o de su función esta ha sido diluída de algún modo, dificultando esa separación, sin poder proteger la individualidad y la subjetividad con una presencia más firme, con un lugar más esclarecido, que haga posible el encuentro con la **castración** y la **ley**. *“Mientras que en la psicosis la castración está forcluída, en la toxicomanía, hay una fuga antes de plantearse la problemática sexual.”*⁴³

Del lado de el/la hijo/a también hay una dificultad y es abandonar el lugar que la madre le da, y abandonar esta idea de completud que la madre le ha ofrecido como posible, completud que se va a buscar de distintos modos en cada sujeto y que de alguna forma va a obturar la circulación del deseo, mediante la **compulsión a la repetición**. Cuando algo está completo ¿qué más se puede desear?

*“Esta negación de la diferencia expresada en el lenguaje del toxicómano, nos informa sobre el modo deficiente en que en su infancia ha hecho el duelo de la doble pérdida que es la pérdida del objeto y de su identidad primaria, la que se establece sobre la base de la identificación primaria con su madre...la superación de esta doble pérdida es la condición previa para que se constituya una identidad psíquica y más tarde una identidad sexual. Sin ellas el sujeto, dada la inconsistencia de su identidad, se verá librado a la tendencia presente en todo individuo de volver a la no diferenciación.”*⁴⁴ *“Al nivel del sujeto, lo que encontramos, sea bajo la forma de una búsqueda de placer a toda costa, sea bajo la forma de haber encontrado una manera de suprimir las consecuencias de la carencia de ser, de la división subjetiva; sea utilizando la coartada tóxica para evitar confrontarse con la castración del Otro, de confrontarse al problema sexual.”*⁴⁵

Muchos autores hablan de autoerotismo, o más específicamente de **goce autoerótico**⁴⁶, en los sujetos que tienen problemas con la droga, tiene relación con algo que los colma que los completa, tal como les pasaba de bebé.

“Goce autoerótico, sin límite, no regulado por interdicción simbólica. No interdicto. Permite al adicto permanecer en el goce primordial de la madre. Se

⁴³ Déborah Fleischer, Algunas preguntas sobre la Toxicomanía, en Sujeto Goce y Modernidad, pág. 81.

⁴⁴ Eduardo Vera Ocampo, op. cit., pág. 66.

⁴⁵ Mauricio Tarrab, ibídem, pág. 48.

detiene antes de plantearse el problema de la diferencia sexual...Por eso deberíamos establecer diferencia con el goce autoerótico masturbatorio que se despliega en una escena fantasmática donde está presente el Otro imaginario...Cuando se produce una vacilación fantasmática en lugar de la angustia puede aparecer el consumo de droga. Intentando así acotar o evitar esa desestabilización. El adicto en este punto no cuenta con la posibilidad de crear un síntoma o de soportar la angustia.”⁴⁷

- **El deseo durmiente.**

*“Por qué me suenan tan mal
las cuerdas de mi deseo”.
Estopa. Destrangis in the Night*

Hablamos del deseo inconsciente, que es enteramente sexual y que sólo se puede reconocer cuando se puede articular en la **palabra**, articulación que tiene un límite fundamental: el de la incompatibilidad entre el deseo y la palabra.

*“Este deseo aparentemente enigmático, misterioso, inaprehensible, insatisfecho, se articula en demandas, quedando como resto inasimilable más allá de cualquier objeto o palabra que se proponga satisfacerlo. El deseo será pues una **relación del ser a la falta en ser.**”⁴⁸*

Aunque la verdad acerca del deseo está presente en alguna medida en toda palabra, la palabra no puede expresar toda la verdad sobre el deseo; siempre que una palabra intenta articular el deseo, queda un resto, una demasía que excede a la palabra. El deseo se articula entre la necesidad y la demanda. El bebé necesita algo y demanda algo que el Otro, el adulto cuidador, intenta colmar. La necesidad puede ser satisfecha (el hambre saciado) aunque sea momentáneamente, pero la demanda, que es siempre demanda de un amor incondicional y absoluto, nunca puede ser colmada por el

⁴⁶ Jacques Alain Miller, “Para una investigación del goce autoerótico”.

⁴⁷ Levy, Beatriz y Estela Sagredo, La toxicomanía y sus marcas, Red Flapag.

⁴⁸ Gerardo Maeso, Lo imposible en la cura, en “De la drogadicción”, de Bruno Bulacio, pág. 13.

Otro y va dejando en el bebé un resto que nunca logra satisfacerse y que dará lugar posteriormente a que surja como sujeto de deseo.

A diferencia de la necesidad, el deseo nunca puede ser satisfecho, es constante en su presión. La realización del deseo no consiste en “satisfacerlo” sino en reproducirlo como deseo.

El deseo humano es distintivamente humano cuando se dirige al deseo de otro: “**deseo es el deseo del Otro**”.

“Si pasamos a considerar el amor, tal y como circula entre los seres humanos, tocamos unos puntos cruciales que revela el psicoanálisis...el objeto que se intercambia en el amor, el que marca el sino del amor es la falta. El deseo humano como nos enseña Hegel...es deseo de deseo, deseo de ser deseado, deseo de que el Otro haga de nosotros aquello que le falta. En este sentido, la falta es el rasgo fundamental de nuestro ser...La materia más indispensable para la vida está constituida por la inmaterialidad del deseo, ‘dime qué soy para ti’. Esta es la pregunta que exige una respuesta simbólica: ‘tú eres, tal como eres, lo que yo amo.’ ”⁴⁹

Esto tiene varias consecuencias: en primer lugar, deseo de ser objeto de deseo del otro y deseo de reconocimiento por el otro, algo que veíamos como vital en el proceso de constitución subjetiva. En segundo lugar refiere a que el objeto de deseo humano es esencialmente algo deseado por algún otro. En tercer lugar, el deseo es el deseo *del* Otro, en el sentido que en última instancia su modo irreductible tiene que ver con el deseo incestuoso, hacia la madre, quien es el Otro primordial. Una cuarta connotación tiene que ver con que siempre es deseo de otra cosa, puesto que es imposible desear lo que ya se tiene, siendo el deseo siempre pospuesto y finalmente alude a su dimensión inconsciente, al surgir siempre en el campo del Otro.

El complejo de Edipo representa la regulación del deseo por la ley. Es la ley del principio del placer que le ordena al sujeto “gozar lo menos posible”. La relación entre **ley** y deseo es dialéctica, el deseo es el reverso de la ley. Si por un lado la ley pone límites al deseo, es verdad que ella misma crea el deseo al crear la interdicción. El deseo es esencialmente deseo de transgredir, y para que haya transgresión es necesario primero que haya prohibición. No hay un

⁴⁹ Uberto Zuccardi Merli, *ibídem*, pág. 94-95.

deseo preexistente que a continuación la ley regula, sino que el deseo surge del proceso de la regulación.⁵⁰

En la escala invertida del deseo, a mayor goce, a mayor satisfacción pulsional, a mayor más allá del principio del placer, menos sujeto de deseo. De los apartados anteriores se deduce la dificultad de acceder a la diferenciación del Otro como alguien distinto, por lo tanto la posibilidad de prescindir de él en la relación con los demás, en la búsqueda de partenaire, en la transferencia. Al no haberse constituido el sujeto como faltante, ya que deseo podría definirse como “falta de” también el deseo se duerme en esta forma de ser completado con el consumo, en que todo marcha bien y la única falta es referida a la falta de droga.

- **El encuentro del sujeto con la sustancia.**

Qué tipos de **funciones** o que tipo de **lugares** puede ocupar la droga cuando un sujeto la encuentra y la introduce de diversos modos, particulares en cada caso, en su propia constitución subjetiva, la **subjetiviza**, pasando desde entonces la droga a formar parte de su ser, siendo parte importante de su definición como sujeto. Cómo opera tratando de suplir, de subsanar aquellas vicisitudes en el proceso de constitución subjetiva que se mencionaban en los apartados anteriores.

Como ya hemos descrito, consideramos el encuentro con la droga como una puesta en suspenso del sujeto que queda eclipsado por el peso de esa sustancia, sustancia de la que carece su ser. Una vez que la droga es consumida, adquiere un lugar en la dinámica psíquica y relacional del sujeto. Cualquiera que sean las drogas utilizadas a partir de ese encuentro son impregnadas por las constantes subjetivas, que desaparecen tras ellas.

“Independientemente de su acción farmacológica y por lo tanto del específico modo en que operen sobre los centros nerviosos, los efectos que produzcan en un sujeto determinado se asociarán inevitablemente a lo que representen o al sentido que cobren para él, como por otra parte sucede con cualquier elemento de lo real en el hombre, que finalmente tendrá efectos por

⁵⁰ Dylan Evans, Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, pág. 119.

*su función significativa...En suma la acción de un fármaco no depende sólo de sus características farmacológicas sino sobre todo de lo que se espera de él.*⁵¹

La droga promete placer, pero ofrece en realidad **goce**.

*“Si el encuentro con la droga se produce bajo el signo del placer, el desencadenamiento de la toxicomanía propiamente dicha se caracterizaría en cambio por la desaparición del placer ante la repetición.”*⁵²

El **principio del placer** funciona como límite al goce, límite inherente a la estructura simbólica del lenguaje que como dijimos, ordena al sujeto “gozar lo menos posible”, quedando el goce del lado mortífero de la pulsión. La entrada del sujeto en lo simbólico está condicionada por cierta renuncia inicial al goce en el complejo de castración, en el que el sujeto renuncia a sus intentos de ser el falo imaginario de su madre. Al mismo tiempo el sujeto intenta transgredir estos límites impuestos a su goce e ir “**más allá del principio del placer**”, impulsado por la pulsión de muerte que le impele a repetir compulsivamente su intento. No obstante el resultado de transgredir el principio del placer, de pasar esa barrera no genera más placer sino dolor, placer doloroso, dolor placentero. Se obtiene una satisfacción que siempre se vive para el yo en forma displacentera, expresando así un modo de satisfacción paradójica.⁵³

*“La droga como objeto, da acceso a un goce que no pasa por el Otro y en particular por el cuerpo como sexual.”*⁵⁴

Es justamente en esta peculiar relación donde la psicoterapia psicoanalítica podrá intervenir, orientada a la transformación subjetiva de quien la ha establecido. Es la vocación por entablar vínculos ‘absolutos’ lo que hay que rastrear antes del encuentro con la sustancia que lo hace posible.

“Cuando un sujeto habla de su relación con la droga no deja de decirnos, mientras no deja de drogarse, que para él el objeto del placer se ha convertido en objeto de la necesidad. Más aún, trata de hacernos entender, con su “no

⁵¹ Claudia Espeja, Para una introducción al estudio de la adicción a las drogas, en “De la drogadicción”, de Bruno Bulacio, pág. 20.

⁵² Eduardo vera Ocampo, op. cit. Pág. 125.

⁵³ Dylan Evans, ibídem, pág. 103.

⁵⁴ Jacques Alain Miller, Introducción al método psicoanalítico, pág.34.

puedo obrar de otro modo”, que la condición para poder satisfacerse...es que el objeto del placer ocupe su lugar entre los objetos de la necesidad.”⁵⁵

⁵⁵ Eduardo Vera Ocampo, op. cit. Pág 27-28.

V. Distintos tipos de abordajes para el tratamiento de las toxicomanías⁵⁶

La drogodependencia surge en un triple encuentro, tal como se ha señalado, que le da diversos significados: en un momento histórico con ciertas características socioculturales, una estructura subjetiva se encuentra de un modo particular con una sustancia. De acuerdo a qué idea se tiene de cada uno (contexto-individuo-sustancia) y a qué tipo de relaciones establecen entre sí, se desprenderá (al menos) una determinada comprensión de la problemática y una solución coherente con ella.

Actualmente y dentro de la red pública asistencial diversificada y especializada, se trata en un principio desde reducir los riesgos de ese consumo hasta, en el otro extremo, separar al sujeto de la sustancia y promover en el sujeto el ideal de abstinencia. En este abanico de posibilidades que se encuentran entre un extremo y otro, se distinguen los distintos modos de abordaje terapéuticos convencionales y profesionalizados, desde la medicina, los servicios sociales y la psicología.

Esto se propone habitualmente mediante los siguientes programas asistenciales en la Comunidad de Madrid, por ejemplo:⁵⁷

- a. Programas de reducción del daño: a través del intercambio de jeringuillas, con el objetivo de eliminar riesgo de enfermedades asociadas al consumo, como el VIH, o la hepatitis B, en adictos a la heroína.
- b. Programas de desintoxicación: que pueden ser hospitalarios o ambulatorios (para este último debe contarse con el apoyo familiar).
- c. Programa de mantenimiento con metadona: en donde se sustituye la heroína por un derivado opiáceo menos nocivo para el organismo, que puede ser controlado en dosis y efectos, preservando mayores

⁵⁶ La mayor parte de este apartado ha sido escrito en base a apuntes del Seminario sobre Toxicomanías, realizado en el Master de Psicoterapia Psicoanalítica por Teresa Bolados y Cristina Linares, en marzo del 2002.

⁵⁷ Información obtenida del Plan Nacional de Drogas, a través del Programa Municipal de Drogas, del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

riesgos para la salud y evitando conductas delictivas asociadas al consumo.⁵⁸

- d. Internación en comunidades terapéuticas o centros especializados.
- e. Programa Libre de Drogas: cuyo objetivo principal es la consecución de la abstinencia.

Existiendo además programas de tipo educativo y de prevención que se realizan en espacios educativos junto a actividades de ocio recreativo, que cada ayuntamiento ofrece a los jóvenes de su comunidad.

El acceso a los programas de tratamiento puede realizarse a través de petición directa del interesado/a o su familia, por derivación de otro recurso sociosanitario o por orden judicial. Cada consultante es valorado por profesionales de distintas áreas (enfermera, médico, asistente social, psicólogo), se elabora así su historia biopsicosocial, se discute en equipo el tipo de tratamiento a seguir y se le asigna un psicólogo responsable del seguimiento durante el tiempo que dure el proceso psicoterapéutico.⁵⁹

Esto caracteriza al enfoque médico asistencial, modelo prevalente de atención en el medio institucional.

Cabe también recordar que la multiplicidad de factores que intervienen e inciden sobre el fenómeno de la toxicomanía convertirá cualquier abordaje clínico en recortado y parcial de una realidad mucho más compleja y amplia. Esto deberá ser tenido en cuenta al momento del encuadre de tratamiento, ya que habrá situaciones que desbordarán el setting terapéutico, situaciones jurídicas, sociales, familiares, médicas, comunitarias. Surge entonces el **trabajo interdisciplinario** como la forma que mejor permite en abordaje de esta problemática.⁶⁰

Existen personas para quienes alguno de estos tipos de tratamiento son por sí mismos altamente beneficiosos y producen buenos resultados y otras en que no.

⁵⁸ La idea de “mantenimiento con metadona” data de 1964-65. Introducida por Dole y Nyswander, en la época álgida de las toxicomanías en EEUU, surge a partir de los fracasos de los diferentes abordajes terapéuticos enfocados en el ideal de mantener la abstinencia. Guilañá, Elvira, “Diversos abordajes de las toxicomanías en España”, El malestar en la adicción.

⁵⁹ Plan Municipal de drogas, *ibídem*.

⁶⁰ Roberto Saunier, Intervenciones judiciales: medidas...¿curativas, educativas, represivas?, Revista de Psicoanálisis y Cultura, Nº 2, Dic. 1995, www.acheronta.org.

Revisemos ahora algunos de los abordajes terapéuticos más comunes desde el punto de vista psicológico.

- **Abordajes terapéuticos no profesionalizados: “buscando la luz”.**

Ubicamos primero a aquellos abordajes terapéuticos usualmente llamados no profesionalizados, que actúan desde la idea del **sujeto toxicómano** como alguien que se ha **desviado** del buen camino, de voluntad débil y maleable, que ha sido mal influenciado por amigos y llevado a caer en la trampa de la droga. Se define entonces como un sujeto **atrapado por una sustancia**, con características del mal, que para ser erradicado debe separarse del sujeto y además éste para dejarla debe tener acceso a otra cosa, reemplazarla por un ideal, una fe o una creencia, llevando una forma de vida sustitutiva. Generalmente representada y coordinada por un líder, a quien debe someterse quien desea tratarse. El **síntoma** es concebido como grupal, ya que se está ante un sujeto que es anulado por los otros, al identificarse de modo colectivo con sus pares.

Se reemplaza el **contexto social** habitual por el de la **comunidad cerrada y alejada** donde se alienta mediante diferentes ejercicios, rutinas y sesiones individuales y grupales, la obediencia a las normas de la comunidad.

El sistema de **tratamiento** es a través de una **sustitución**, se le ofrece al sujeto algo que reemplace a la droga, para que él mantenga con este nuevo estilo de vida la misma relación que tenía con ella, pero ahora con su fe, su líder, su comunidad, su creencia, su nueva luz. Sin duda es mejor ser adicto a un líder que a un tóxico, y este tratamiento resulta eficaz para muchas personas que pasan por él. Al modo de los alcohólicos anónimos, el significativo ‘toxicómano’ es reemplazado por el de ‘ex-toxicómano’. Lo más difícil resulta la vuelta al medio social de origen, porque como no se ha producido ninguna modificación en el sujeto, la cercanía de la sustancia y el acceso a ella pueden ‘desviarlo’ nuevamente de su camino.

“Es notoria la semejanza entre los estados de embriaguez tóxica que los adictos logran con la droga y los estados de contemplación en los que se

sumergen los místicos; ambos parecen como habiéndole encontrado un sentido a la vida, un solo sentido privilegiado, único y verdadero. No hay lugar para el sin sentido. A partir de la droga se organiza todo un sistema de valores que conforman un nuevo orden. La drogadicción tiene la estructura de un discurso religioso, místico. En muchos casos el síntoma de la drogadicción se resuelve por una conversión religiosa. Trueque de una mística por otra.”⁶¹

- **Abordajes terapéuticos profesionalizados: el que a droga mata a droga muere o la manía por el tóxico.**

Este abordaje desde la psicología, es el enfoque mayoritario que existe en la atención de los servicios públicos, el acento está puesto en la sustancia y en la relación que el individuo establece con ella. La **droga** es vista como la **causa del problema** y el **sujeto** es visto como toxicómano, es decir como **resultado del tóxico, dependiente** de él en una situación en la que fue atrapado y de la cual necesita ser liberado o separado. Esta preeminencia otorgada a la sustancia concuerda con un sujeto cuyo síntoma es tomado como un conjunto de signos (coincidiendo con la medicina en el mismo sentido), con conductas inadecuadas que evidencian carencias en el aprendizaje. A este sujeto se le construye un **perfil** que da origen a su inserción en un **programa**, siempre y cuando esté **motivado** a participar en el mismo. Por ejemplo, alguien con un perfil de heroínómano, pasará por atención médica y social y podrá adscribirse (desde lo menos a lo más alejado de la sustancia) a un programa de intercambio de jeringuillas, a un programa de mantenimiento con metadona o a un programa de desintoxicación, anteriormente explicitados, y también podrá si así lo quiere, adscribirse al ideal de abstinencia al participar en el programa libre de drogas. La indicación de psicoterapia se hace con el objetivo de incorporar nuevos aprendizajes, que faciliten el control de la ingesta y el cambio de hábitos mediante el refuerzo de los aspectos yoicos debilitados, aprendiendo a controlar su consumo, reforzando su motivación, fortaleciendo

⁶¹ Sara Szeinman y Bruno Bulacio, De la sexualidad y la drogadicción, en De la drogadicción, págs.40-41.

las relaciones familiares y sociales. La finalidad terapéutica del tratamiento consiste en separar al sujeto de la droga.

- **Abordaje psicoanalítico: del hecho al dicho un largo trecho.**

Insistimos en que cualquiera de estas formas de abordaje, desde las distintas disciplinas como la medicina o los servicios sociales o desde la psicología, o los abordajes no profesionalizados, pueden resultar muy adecuados en algunos pacientes, en algunos momentos determinados y en forma también conjunta. Pero nos interesa proponer el enfoque psicoanalítico como el “además” de estos tratamientos, como una posibilidad distinta de entender el fenómeno contando con todas las limitaciones que este impone y entendiendo que no es una problemática cuyo abordaje sea sencillo, ni se pueda realizar a través de una sola disciplina.

“Más bien, como dije al principio, la práctica psicoanalítica, su valor terapéutico, en el sentido noble de esa palabra es que el sujeto pueda dignamente convivir con las tres condiciones que le han sido dadas que son: ser sexual, ser parlante y ser mortal, condiciones que no hacen exactamente gracia, sino que encierran un montón de posibilidades que evidentemente los demás seres vivos no tienen de la misma manera. Estas tres cosas hacen plantearse el problema del obstáculo, de lo que no anda en la vida y el psicoanálisis tiene mucho que ver con eso: con lo que en la vida no se puede manejar. Por eso a veces los individuos hablan de la falta de control, pero la paradoja es que el psicoanálisis no busca cómo controlarlas, sino como poder diferenciar lo que se puede controlar y lo que no y a qué distancia puede uno ponerse en todo caso respecto a aquellas cosas que no controla.”⁶²

Rescatamos también que su actual masificación busca salidas también masivas y desesperadas en el intento de controlar su aparición. Pero el acento parece estar puesto en buscar una causa del fenómeno y una vez encontrada

⁶² Jorge Alemán, Clase de Master, op. cit.

extirparla, o encontrar un fármaco que permita tratar la adicción –algo como la metadona, pero para la cocaína, por ejemplo- sin vislumbrar que su complejidad hace imposible el gesto, aunque sería alentador sentir que existe una solución, el enfoque psicoanalítico nos impone menos prisa, más reflexión, constituyéndose en otro tipo de ayuda a las ya existentes y de la cual nos ocuparemos especialmente.

Enunciemos las principales diferencias con los enfoques anteriormente presentados. La concepción de la **droga** para el enfoque psicoanalítico es que dado un sujeto determinado y de distintas formas, esta cumple una función de **solución** de un malestar. No es entonces concebida como problema, sino como lo que estaba al alcance de ese sujeto para distintos tipos de alivio: para no sentirse al margen, para encontrar un lugar, para adquirir status, para no sentirse solo, para estar al nivel, para sentirse potente como todos los demás, para huir del encuentro sexual con el otro o para poder acceder al encuentro sexual, en una gran variedad de posibilidades que sólo se recorren en el caso por caso.⁶³

Desde esta perspectiva⁶⁴ la sustancia se entiende como un compuesto químico que ha sido envuelto por una subjetividad, para la cual funciona a veces como dando identidad: “ser toxicómano”, dando un lugar y propiciando la inserción en algo, función que es avalada y confirmada, como hemos visto por el discurso social, que a través de sus distintas instancias de atención ofrece este mismo significante para que solidifique aún más su precaria identidad. Mientras este “completarse” mediante la droga al sujeto resulte bien, no hay motivo de consulta, la solución está dada y la tiene el propio sujeto. Es cuando comienzan efectos colaterales del consumo, para el sujeto o para quienes le rodean, cuando puede existir un motivo de consulta no, a veces, para dejar la “solución”, sino para recuperar un cierto control sobre ella, que le permita seguir obteniendo el alivio buscado y evitar que el consumo se vuelva un problema.

De este modo la dependencia, es entendida como resultado de una acción del sujeto a doble vía: “el sujeto ‘absorbe’ a la droga, investida por su propias transferencias y la droga ‘absorbe subjetividad’”. Siguiendo a Hugo

⁶³ Teresa Bolados, Cristina Linares, clase de Master, op. cit.

⁶⁴ Korman, Víctor; op. cit.

Freda, se plantea que es el sujeto quien insta a una sustancia como droga. Es por tanto una **elección**, no una elección cualquiera ni para cualquiera, es una elección destinada a evitar el malestar, a evitar la evidencia de la división subjetiva, no es una elección que genere pérdida o percepción de la falta en ser que caracteriza a todo ser humano desde su constitución, sino más bien una elección que completa, o mantiene la ilusión de completud, sin fisuras. *“La elección de la droga lejos de ser una enfermedad, es un intento de cura. Por ella el sujeto viene a suplir un defecto en la función que le constituye como tal, función paterna cuyo desfallecimiento enfrenta al toxicómano a su dificultad de relación al Otro sexo y al Otro de lo social, llevándole a buscar en la droga un sustituto o un soporte de tal función. ‘Colocado’, colocado en el Otro.”*⁶⁵

Esta forma de pensar la relación del sujeto con la sustancia lo vuelve **responsable** de su elección y le da la posibilidad de responder acerca del por qué de esa elección.

El **síntoma no viene dado**, el malestar es causado por la falta de droga o por querer parar y no poder, por sentir que ha perdido el control, porque ya no consume cuando sale a divertirse sino que solos o a escondidas, dentro de una extensa lista en esa línea. La queja viene dada por las consecuencias adversas que el consumo produce o porque otros, el juez, la familia o el programa de la penitenciaría, los mandan. Esta será la condición de inicio del tratamiento: que el sujeto pueda sintomatizar su toxicomanía, que le haga pregunta acerca de su malestar, que haya perdido eficacia como solución, que como solución devenga fallida.

El **tratamiento** tiene que ver con la clínica del caso por caso, basada en la escucha analítica, para que **la droga caiga** de ese lugar de solución y de totalidad que abarca y tapa toda dimensión subjetiva, que caiga como causante de todos los bienes y todos los males de la existencia para que pueda dar lugar a que **aparezca algo del orden de lo sintomático**, algo que comience a cuestionar, que manifieste otro malestar distinto al relacionado con el consumo. Esto, cabe aclarar, no significa que el sujeto deje de consumir como condición para iniciar el tratamiento o continuarlo, sino que el consumo pase al fondo de la relación terapéutica, para que pueda comenzar a hablar de otras cosas que

⁶⁵ José Miguel Arnal, La demanda de(l) toxicómano, pág. 2.

le pasan, que le preocupan o le generan algún tipo de sufrimiento, que la droga ha venido momentáneamente a calmar; es decir la finalidad es que cada sujeto tome conciencia de su particular **posición subjetiva**.

VI. El abordaje terapéutico desde la psicoterapia psicoanalítica: el acento puesto sobre un sujeto con un decir singular.

Venimos diciendo que la importancia de este enfoque o su centro va a estar dado en el acento puesto del lado del sujeto considerado como sujeto responsable.

“...un enfoque psicoanalítico de la problemática del toxicómano debe mantenerse a la escucha del sujeto y rechazar toda tentación médico-sociológica de considerar el “rol” como el sujeto, y el síntoma que bloquea el discurso como el discurso mismo.”⁶⁶

Cada tratamiento para el cual no existe nada estandarizado ni preestablecido, requiere de un tiempo que pueden a veces ser semanas y hasta meses de iniciación, de **búsqueda de una demanda de tratamiento**, o de la **aparición o clarificación de síntomas** que al comienzo aparecen muy difusos, si es que aparecen.

Más bien se trata de tener muy presente *“No situarse como el que tiene los consejos y las sustancias necesarias para la curación en la vertiente de los ideales, en lo que Freud denominaba ‘furor sanandis’ sino poder pensar que el paciente tiene un saber sobre lo que sucede del que puede hablar, es poner distancia a la idea de que todo lo que le pasa es del orden de la necesidad más perentoria, dando paso a una posible apertura del deseo”.*⁶⁷

Es posible detectar un punto, que puede marcar la posibilidad de entrada en el tratamiento en que el sujeto ha podido asumir algo de su responsabilidad sobre sus actos, cuando la droga comienza a no alcanzarle para explicar y solucionarlo todo, y además cuando ha logrado establecer con el terapeuta una relación transferencial que le permita ir desplegando otros de sus malestares, los originarios, los que ya estaban antes de la droga.

⁶⁶ Eduardo Vera Ocampo, en *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*, pág. 22.

⁶⁷ Elvira Guilañá, en *Diversos abordajes terapéuticos de las toxicomanías en España*, pág. 28.

- **La escucha de quien no puede decir.**

Existe un empuje inevitable en el sujeto que le lleva a buscar satisfacción pulsional mediante una sustancia química, algo que le impele como decíamos más allá del principio del placer, hacia la vertiente del goce.

“Una droga es una sustancia con propiedades químicas potentes sobre la que recaen significativas transferencias del consumidor que la transforma en un “componente químico-subjetivo”; la ingesta de la misma genera efectos sobre el cuerpo, la mente y las relaciones sociales del consumidor. La intensidad de las respuesta es variable y depende tanto del estado de ánimo circunstancial como de la estructura psíquica de cada adicto. Conlleva una promesa de placer y de percepciones inducidas, habitualmente de tipo alucinatorias, en cuyo seno el adicto puede aposentar por un tiempo su existencia y, de manera simultánea, poner en suspenso su carácter de sujeto. Es productora de una satisfacción pulsional directa y muy intensa: goce.”⁶⁸

Esto a veces hace que un sujeto encuentre el actuar más ‘a la mano’ que el hablar, manifestándose esto por la **reiteración impulsiva** de la ingesta de una determinada droga, por asumir riesgos sin considerar sus consecuencias, por desatender aspectos vitales como su salud o sus hijos, nuevamente en cada caso con posibilidades distintas. En tales circunstancias se podría hablar de un **eclipsamiento del sujeto** con una puesta en escena de sucesivos pasajes al acto. *“...se trata de producir una supresión del malestar, una supresión por así decirlo, definitiva. Pretensión esta que lleva a producir un verdadero impasse sobre el sujeto...un impasse sobre la palabra, en una experiencia de cortocircuito con el lenguaje, y aún podemos decir para precisar, una experiencia de goce que aplasta la dimensión subjetiva de tal modo...de suprimir el malestar a toda costa, aún a costa del sujeto mismo.”*⁶⁹ El peso recae entonces sobre la pulsión. La organización pulsional de cada sujeto aporta su carácter repetitivo y las formas autoeróticas de obtener su fin.

A través de la **escucha** analítica, se propone que la palabra emerja en el sujeto y que este acepte sus consecuencias. La palabra o más bien el

⁶⁸ Korman, Víctor, op. cit., pág. 200.

⁶⁹ Mauricio Tarrab, ibídem, págs. 42-43.

pensamiento en vez del actuar, permitiría a la fuerza pulsional tomar otros carriles menos autodestructivos.

La **escucha es activa**, con muchas preguntas porque debe apuntalar en todo momento una capacidad simbólica habitualmente muy deteriorada o huidiza, acompañada de serias dificultades para verbalizar una petición de ayuda. Pero es en los acentos y sobre todo en el **cuestionamiento permanente de esas certezas** que traen los pacientes, lo que contribuye a hacer un espacio para que la palabra comience a recobrar la escena, dejando atrás al acto, en un proceso lento, a veces interrumpido por hospitalizaciones, desintoxicaciones, encarcelamientos.

Digamos que la escucha debería tener como telón de fondo para el terapeuta las ideas de “No sé nada de lo que pueda pasarle a esta persona, no sé quién es, no sé lo que me va a pedir, no es un caso típico, no sé lo que me va a decir, pero me interesa” a modo de hacer un exorcismo a los prejuicios que invaden permanentemente el setting dando por hecho, que “Como es un drogadicto (nuestro propio discurso social internalizado) es “normal” que presente algunas cosas de un modo tal o cual”. Sobre todo porque es algo que ellos mismos presentan habitualmente así, como que el terapeuta “ya sabe” lo que le pasa: “Ud. sabe cuál es la prioridad en esto” ”No, ¿Cuál?” “Procurarme la dosis diaria” “Y ¿cómo vive Ud. eso?” Abriendo el discurso en vez de cerrarlo.

Un ejemplo claro de lo que puede suceder si la escucha se distrae, algo que siempre ocurre y qué solo puede subsanarse mediante la supervisión. Un paciente en su tercera sesión cuenta que después de recibir una notificación del juez citándole al juzgado para informarle si va o no a la cárcel por un juicio pendiente, organiza una salida de fin de semana en auto con unos amigos y parten hacia una ciudad de la costa consumiéndose toda la coca que llevaban antes de llegar. El terapeuta piensa en ese momento, “Normal, la ruta del bakalao, etc.” y deja de lado el comentario siguiendo la consigna de que lo importante no es el consumo y durante la supervisión del caso, con la escucha atenta y afinada avalada por los años de experiencia del equipo, se da cuenta de que si fuera otro paciente no drogadicto, quien le planteara algo así reaccionaría de un modo muy distinto tratando de poner algún límite a la situación. Suena discordante cuando lo pensamos en alguien que no se droga,

no en alguien que hace lo mismo todos los fines de semana. Sin embargo, al no poder escuchar, al dar por sentado, al darlo por hecho, al prejuiciarlo, puede en ocasiones perderse en la escucha, una vía de acceso a algo que le pasa siempre pero en otro sentido: ni la carta del juez puede pararlo: la falta de límites, el arriesgar su vida permanentemente, el estar siempre en acto para no pensar. De todos modos cuando esto ocurre, ya sabemos a qué estar atentos la próxima vez, ya que estamos en presencia de aquello que siempre vuelve, siempre le pasa lo mismo, en distintas situaciones, ese es su peculiar modo de transitar en este momento por la vida.

Ante un discurso a veces enmarañado, lleno de frases hechas, sólo una adecuada escucha podrá orientar la indagación clínica más allá del relato de las peripecias del consumo y de sus actuaciones asociadas a su práctica.

“Parece entonces que la evaluación diagnóstica está sometida prioritariamente al orden del decir, especialmente porque al parecer no se relaciona con el registro de lo dicho ni con sus contenidos. En este sentido la movilización imperativa del dispositivo analítico confiere a la escucha el carácter primordial de un instrumento diagnóstico que debe prevalecer por sobre el saber nosográfico y las racionalizaciones causalistas.”⁷⁰

Otra consigna a tener en cuenta es que aunque alguien acuda a consulta mandado –por la familia, la pareja, el juez o por el centro de salud mental-, aunque diga que no le pasa nada o que está muy bien, habría que estar dispuesto a no darle la razón rápidamente, creando un espacio vincular adonde estos decires espontáneos puedan ir siendo cuestionados o puedan irse abriendo otros espacios de interés para el propio sujeto, en relación a si hay algún aspecto de su vida actual que le preocupe especialmente en este momento, o si está dispuesto en ese preciso momento a mostrar algo de su ser como sujeto, algo que no siempre pasa.

Hay una forma que describe Miller como una posición del analista en su libro que me parece puede ser atinente a un modo de escuchar apropiado en ciertos momentos, él la llama **“la función del malentendido”**⁷¹ y la describe como el momento en que se cuestiona un decir mediante la pregunta

⁷⁰ Joël Dor, El concepto de ‘evaluación diagnóstica’ en la clínica psicoanalítica, en “Estructura y perversión”, pág. 25.

⁷¹ Jacques Alain Miller, ibídem, pág. 55.

“Pero...¿qué quiere Ud. decir con eso?” pregunta que puede introducir al sujeto en su propia forma de entenderse o más bien de explicarse, puede de algún modo encontrar que aquello que hasta ahora era para él una certeza, expuesto ante otro no se entiende, lo que le puede llevar a hacer el ejercicio de tratar de explicar algo que tal vez nunca se cuestionó, que siempre dio por sentado, en relación a sí mismo, a otros o a lo que le pasa.

Cabe aclarar a esta altura que no siempre se puede trabajar en esta línea ya que a veces los sujetos que acuden a consulta no están en un momento apropiado para mostrar algo de su ser como sujetos, por diversas circunstancias particulares en cada uno y que se trata entonces de que le quede la claridad de la posibilidad de este espacio para si en algún momento surge en él algo distinto, como prioridad o como alternativa.

A veces el escaso tiempo de la primera entrevista no es suficiente como para generar en él la sensación de que ese espacio le sirve para algo, o le vendría bien, y que surja entonces una segunda sesión para continuar trabajando. A veces acuden al segundo encuentro después de que ha transcurrido mucho tiempo porque se quedaron con la sensación de que allí eran escuchados o por algo que le dijo el terapeuta. De modo que hay un fino límite entre distinguir aquellas resistencias propias de la situación y el momento vital por el que atraviesa cada sujeto y como están dadas sus prioridades en ese momento, como para que el asistir a entrevistas psicológicas se constituya en una elección en ese momento. En todo caso, siempre se trata de dejar claro que ese es un espacio al que puede acudir siempre que le haga falta, donde va a ser escuchado y tenido en cuenta.

- **En busca de la posición subjetiva, a través de la ausencia de síntoma.**

Es fundamental que si la persona accede a asistir a las primeras entrevistas psicológicas, es necesario iniciar un trabajo previo que tenga como objetivo “**hacer un síntoma del consumo**”, por decirlo de algún modo. “*Los llamados toxicómanos ponen en primer plano, exhiben, la cuestión de la*

sustancia. Podríamos decir que hay demasiada sustancia y con esto situar la posición en la que llegan...No se trata de la presentación de un sujeto dividido por su síntoma, un sujeto sobre el que han caído las consecuencias de su falta en ser...Se dirá exceso de drogas, preferimos considerar que se trata de considerar que se trata de un exceso de sustancia...tanta sustancia no permite ubicar lo insustancial de la estructura, la falta de sustancia, la falta de ser del sujeto.”⁷²

Este primer momento consistirá en mantener un vínculo similar al esperado en las **entrevistas preliminares**, y aunque en este contexto institucional se mantendrá siempre el encuadre cara a cara, habrá un momento en que marcará la entrada en tratamiento, una vez que el consumo haya cedido su lugar a algún otro tipo de sufrimiento que no había sido percibido antes como tal y ante lo cual se planteará el encuadre de frecuencia y duración de las sesiones de acuerdo a cada caso.

Veamos a qué nos referimos con la idea de hacer un síntoma –en el sentido psicoanalítico- del consumo: *“Un síntoma no es sólo un malestar. Sin malestar no hay síntoma, pero este es sufrimiento devenido enigma para el sufriente. Se puede padecer por muchas razones pero esto no implica que dicho padecimiento me aparezca como una pregunta sobre mi propio ser y mi propia implicación en mi malestar... Un adicto puede sufrir mucho cuando le falta la droga pero mientras piense que la solución está en conseguirla, y que sólo lo hace porque le proporciona placer o al menos le evita el dolor, no estaremos ante una conducta sintomática, es decir enigmática para el sujeto.”*

⁷³ *“Con Freud asistimos a un pasaje del signo al significante. En el discurso analítico en síntoma cambia de valor, de sentido: aquí tiene relación con esa disarmonía que se llama castración. El ser del síntoma en psicoanálisis entonces, no tiene nada que ver con la noción médica. La palidez de una cara, una tos seca, manos sudorosas, un estado tembloroso, una obesidad notoria, fumar marihuana, estar borracho no se traducen per se en síntoma para el psicoanálisis. Es necesario que el sujeto se refiera a ello en tanto sujeto*

⁷² Mauricio Tarrab, *ibídem*, pág. 45.

⁷³ Guillermo Mattioli, *ibídem*, pág 66.

*dividido, más aún que transforme ese dato en pregunta, que lo eleve a cuestión personal.*⁷⁴

Algunos autores⁷⁵ mencionan que en general, los psicoanalistas que se dedicaron a estudiar el fenómeno de las adicciones no consideran a la misma como un síntoma en el sentido freudiano. Siguiendo a Lacan, para Laurent la drogadicción *“no es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura con el goce fálico.”* Se refiere a un rompimiento con un goce acotado, limitado por la normativización simbólica, por el encuentro con la castración. La drogadicción se presentaría entonces como una formación que rompe la transacción, en beneficio de la satisfacción pulsional o goce y afirma: *“La utilización de tóxicos lleva a pensar que puede haber producción de esta ruptura con el goce fálico, sin que haya por lo mismo forclusión del nombre del padre. A manera de conclusión provisoria, cabría preguntarse si esta ruptura con el goce fálico podría ser una modalidad privilegiada de un sujeto de ubicarse frente a la angustia de castración y, por consiguiente, no llegar a producir un síntoma psicoanalítico, una forma que implique una división.”*⁷⁶

La **ausencia de demanda** clara de tratamiento obliga al principio, como en tantas otras patologías, a trabajar con otros indicios que el paciente da acerca de su sufrimiento, en un trabajo donde el decir le facilite ir cuestionándose algo de su saber y de su posición respecto del mismo. *“A pesar de que pueda haber demanda de ayuda y cierta suposición de saber en el otro, no siempre es fácil conseguir que se produzca una verdadera demanda de tratamiento y una auténtica suposición de un saber inconsciente que permita la instalación de una transferencia suficiente para iniciar una cura.”*⁷⁷

Escuchar qué es lo que él dice sobre su padecer, cómo lo entiende y cómo se ubica respecto de lo que dice, recoger lo que es importante para él, aquello que necesita depositar en algún lugar, lo que no es igual a complacerle o a responder directamente a su demanda explícita. *“Se trata desde las posibilidades de una clínica psicoanalítica, de no obturar la posibilidad de*

⁷⁴ Guillermo Raíces, La forma del síntoma en la drogadicción, en Sujeto Goce y Modernidad, Tomo I, pág. 72.

⁷⁵ Por ejemplo Eric Laurent, en Sujeto, goce y modernidad.

⁷⁶ Guillermo Raíces, ibídem, pág. 76.

⁷⁷ Manuel Baldiz, La entrada en análisis del adicto neurótico, pág. 72.

*elaborar, en una clínica de encuentros, de momentos de escucha, una demanda que se presenta significada de necesidad...La apuesta clínica es intentar salirse del circuito necesidad-abstinencia y poner a trabajar la particularidad de la demanda abriendo la posibilidad de las asociaciones.*⁷⁸

En relación a cómo localizar la **posición subjetiva** explica Miller que cuando viene alguien a consultar: *“Lo esencial es lo que el paciente dice, lo que significa separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho...Pero, ir de los hechos a los dichos no es suficiente. El paso siguiente es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos”*.⁷⁹

Por ejemplo, la forma de responder a la pregunta inicial de la primera sesión, cuando se le dice “Cuénteme qué le pasa”⁸⁰ que frecuentemente tiene que ver con lo que será algo muy particular en cuanto a su posición frente a lo que le pasa: “No puedo parar”, “Tengo un juicio pendiente”, “Quiero acabar con esto”, “Soy adicto a la heroína”, “Quiero dejar la coca”, enunciando ya en la primera respuesta a la pregunta ¿Qué le pasa? algo respecto de sí mismo, una forma de estar, una dificultad, una definición de su ser que deberá ser permanentemente cuestionada, interrogada en la consigna de **no dar nada por hecho**, nada por sabido, respondiendo con preguntas acerca de lo que quiere decir, abriendo allí donde el discurso tiende a cerrarse o a completarse, a mostrarse sin hendiduras, bien desde la dificultad para articular o desde la verbosidad vacía, pasando por todos los matices intermedios que caracterizan la forma de ser particular de cada uno.

Siguiendo a Miller uno debería ser capaz de a partir de lo que el sujeto dice, de localizar la posición que toma con relación a eso que dice⁸¹. Lo que dice: ¿es para él una verdad? ¿lo cree así? ¿qué opina de ello? ¿con qué lo relaciona en su propia vida? ¿desde cuando es así?⁸² *“La localización subjetiva*

⁷⁸ Elvira Guilañá, en *Diversos abordajes terapéuticos de las toxicomanías en España*, pág. 29.

⁷⁹ Jacques Alain Miller, *ibídem*, pág. 39.

⁸⁰ Forma de abrir acostumbrada que aprendí del equipo de trabajo del CAID, forma de apertura a veces favorece más el inicio que otras más ambiguas como “Lo escucho”, o “Que lo trae por aquí” ya que parece dar por sentado que si está allí es porque algo le pasa.

⁸¹ Distinción entre el enunciado (decir del sujeto) y la enunciación (posición del sujeto en relación al enunciado).

⁸² Consignas habituales en el equipo acerca del modo de preguntar.

*introduce al sujeto en el inconsciente*⁸³ Esa posición es lo más cercano al sujeto, es lo que nos puede dar indicios de dónde se ubica, nos puede dar indicios sobre su ser o su no ser, su tener o no tener, acerca de cómo se ubica en relación a su sufrimiento. *“No hay una sola frase, un solo discurso, una sola conversación que no soporte el sello de la **posición del sujeto** con relación a lo que dice.”*⁸⁴

Esta escucha capaz de indagar más allá de lo dicho no es para nada fácil. En los primeros pasos en la escucha analítica, es que uno apenas puede dejar de escuchar hechos, para escuchar de a poco el balbuceo de los dichos de cada paciente, para finalmente recién en las sesiones de supervisión extraer de esos dichos, una posición del sujeto respecto de ellos y a partir de allí y con una hipótesis sobre cuál podría ser esta posición buscar más datos en el próximo encuentro, si este se produce, o si el paciente no trae nada nuevo que se desvíe hacia otro lugar.

*“Las peticiones de ayuda más habituales en el trabajo con adictos son solicitudes de que todo vuelva a ser como antes, ese tiempo anterior a la dependencia del tóxico...ello no es demasiado distinto de lo que ocurre en bastante sujetos neuróticos que no tienen adicción alguna. El punto fundamental no es ese. Lo que sucede es que el toxicómano suele presentarse como alguien sin síntomas.”*⁸⁵

• Lo especial de la relación transferencial

Nos referimos aquí, cuando hablamos del inicio de la relación terapéutica, a la transferencia inevitable que se da en cualquier relación humana, pero que se vería facilitada aquí por la posición del terapeuta en un lugar desde el que no actuará ni responderá a esa transferencia del paciente – en la medida de lo posible-, digamos un primer momento transferencial.

⁸³ Miller, *ibídem.*, pág. 41.

⁸⁴ Miller, *ibidem*, pág. 44.

⁸⁵ Manuel Baldiz, *La entrada en análisis de un adicto neurótico*, pág. 73.

Un segundo momento se daría más adelante, después de varios encuentros, adonde empiecen a surgir en el paciente algunas preguntas acerca de lo que le pasa o de sí mismo y esto cambie su relación hacia el terapeuta adonde empiece a producirse que *“Lo transferido al analista es un sujeto que es supuesto al saber”*⁸⁶, momento que suele tardar en aparecer y donde podríamos comenzar a hablar de la transferencia en su doble vertiente de **repetición** y de **resistencia**.

*“La transferencia tiene una naturaleza simbólica, que se encuentra en la compulsión a repetir, ante la insistencia de los determinantes simbólicos del sujeto. Este aspecto de la transferencia debe distinguirse del imaginario, que es el de las reacciones afectivas de amor y agresividad. Con esta distinción entre los aspectos simbólicos e imaginarios de la transferencia, Lacan proporciona un modo útil de entender la función paradójica de este fenómeno en la cura psicoanalítica. En su aspecto simbólico (repetición) contribuye al progreso de la cura al revelar los significantes de la historia del sujeto, mientras que su aspecto imaginario (amor y odio) actúan como resistencia.”*⁸⁷

En el tipo de atención que estamos describiendo no siempre el paciente sabe a qué va o por qué asiste, a veces eso es algo necesario a clarificar en un primer encuentro. Si decimos que lo más común en la clínica es el estar ante alguien ambivalente en la relación con el Otro transferencial, **¿cómo realizar un manejo transferencial adecuado en estas condiciones?**

Tal vez, una puerta de acceso hacia el paciente sea una especie de pedido de ayuda particular en relación a “No quiero dejar de consumir, pero me gustaría controlar el consumo”, pedido que no debe dejar de ser valorado en el sentido de que puede ser el principio de un modo de vínculo. Mientras alguien asista pensando que ese es su objetivo, habrá tiempo para que vaya descubriendo otras cosas sobre sí mismo que le importen más que su consumo, aunque en principio parezca que viene buscando más de lo mismo: seguir viviendo en una burbuja adonde nada falta.

Cuando alguien viene de una relación con una sustancia todopoderosa, mágica, que resuelve todo, alivia todos los dolores físicos y psíquicos, y ese ha

⁸⁶ Guy Trobas, Entrada en análisis y posición subjetiva, en “Umbrales del análisis”, Varios autores, Editorial Manantial, 1986, pág 75.

⁸⁷ Evans, Dylan, Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, Buenos Aires, 1997.

sido su paradigma en las relaciones interpersonales, podríamos decir que se lleva una gran desilusión al encontrarse con otro que no le ofrece más que un trato cordial y la posibilidad de pensar acerca de lo que le pasa. El tipo de modalidad autoerótica de satisfacción pulsional puede tornar a los sujetos renuentes al establecimiento de vínculos con terceros, ya sea desde la modalidad de la distancia o de la invasión del espacio interpersonal, evidenciando la dificultad en los territorios límites, con lo cual el vínculo será en principio lábil y frágil, dependiendo de la habilidad de cada terapeuta y de la disposición de cada sujeto, la posibilidad de transformarlo.⁸⁸

“Ni represiva ni cómplice, la relación con el analista constituirá para el toxicómano la experiencia inaugural de una relación posible y verdadera con el otro, a partir de la cual la experiencia autoerótica con la droga perderá su carácter exclusivo.”⁸⁹

“¿Cómo pensar el lugar del terapeuta frente a esta demanda de su propio deseo? La escena presentificada en la relación transferencial demanda de su sexualidad, poniendo en peligro ese lugar, lugar de quien sostiene la ley, lugar de diferencias que intentan ser borradas. Sostén de ley es sostén de diferencias, sostén de un encuadre que marca la prohibición. La función de corte en el relato, en el discurso se opera a través de la palabra, eje que atraviesa la relación imaginaria para promover el acceso a la misma en función simbólica. El fracaso de un tratamiento se apoya en la identificación, en la pérdida del lugar de terapeuta, en la disolución de las diferencias.”⁹⁰

“Esta crisis de autoridad es lo que todo adicto quiere confirmar en la relación transferencial. En definitiva, creo que toda adicción lleva consigo un interrogatorio al padre, un permanente diálogo con la ley. Pero no me estoy refiriendo tan sólo a un padre o sustituto desafiado en la realidad, sino a aquella instancia que en el orden de la intersubjetividad viene a instaurar una diferencia entre el deseo y el objeto de la satisfacción. Esta demanda de límites tiende a confirmar o a desconfirmar su existencia. Demanda de la ley para

⁸⁸ Víctor Korman, ibídem, pág. 206.

⁸⁹ Eduardo Vera Ocampo, op. cit., pág. 100.

⁹⁰ Sara Szeinman y Bruno Bulacio, De la sexualidad y la drogadicción, en “De la drogadicción” de Bulacio, pág. 39

comprobar su alcance y eficacia, requiere del límite para situarse más allá de él, trasciende en su búsqueda el muro de lo real”.⁹¹

- **Sobre las herramientas técnicas**

“La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas dadas, la plasticidad de todos los procesos psíquicos y la riqueza de los factores determinantes se oponen a una mecanización de la técnica y permiten que un procedimiento generalmente justificado no produzca en ocasiones resultado positivo alguno, mientras que un método defectuoso logre el fin deseado. De todos modos, estas circunstancias no nos impiden establecer (...) una línea de conducta generalmente apropiada. “
Sigmund Freud, Iniciación al tratamiento, 1913.

Teniendo en cuenta la reserva de Freud tan vigente, las herramientas técnicas en las entrevistas preliminares e inicio del tratamiento podrán ser sobre todo puntuales, atingentes a cada situación y cada caso, a través de **señalamientos, clarificaciones, preguntas**, que tratarán de ir poniendo en cuestión –con mucho cuidado- aquello que aparece cristalizado como certeza, o que se ofrece como algo obvio para quien escucha, y además para alguien que se supone al tanto del ‘mundo de las drogas’. Como señala Víctor Korman *“Ni cómplices ni ingenuos, mantendremos una **presencia firme**, cumpliendo con la función de analista, la cual no excluye calidez, cordialidad, respeto por lo que dice el paciente, escucha atenta e interpretaciones precisas.”* advirtiendo además lo nefasto de tratar de intervenir orientando, sugestionando y sobre todo desculpabilizando al sujeto. Las intervenciones deben tener presente el tema de la **responsabilidad**, que siempre debe reubicarse de modo que pueda ser asumida por el sujeto, de otro modo su “ser para la dependencia” será lo invariable.

Esto tiene, como siempre los matices de cada caso, desde quien pregunta ¿qué debo hacer? al terapeuta, hasta quien ni siquiera puede plantearse la dicotomía de ¿hago esto, o esto, o lo otro? porque aún no ha surgido en él el interrogante o el otro aún ni siquiera está en su espacio psíquico como para considerarlo para formular la pregunta.

De todas maneras también la técnica debe servir para **hacer de límite**, algo que comienza a funcionar desde el mismo encuadre, y que continúa en el

⁹¹ Bruno Bulacio, ibidem, pág. 72.

sentido de la función del terapeuta de establecer cierto ordenamiento en el discurso, que a la vez hace de contención, hace las veces de **función paterna**, de ley. Técnicamente esto en cada caso particular se dará en forma distinta, lo que puede ser un límite para alguien, puede no serlo para otro, cada situación definirá el modo y el momento en que ese límite aparezca del lado del terapeuta. Porque también nos enfrentamos a la paradoja de que aunque a veces el sujeto “pide” límite, con su actitud, con lo que trae, a la vez el simple hecho de ponerlos, produce un rechazo en el paciente automático, levantando sus defensas ante cualquier tipo de intervención que suene como tal o actuando como si no fuera a él a quien se dirigen las observaciones, racionalizando, justificando.

Si se trata de evitar los pasajes al actos, sabemos que se trata de ayudar a pensar, a poner en palabras aquello que se está actuando ¿cómo hacerlo en cada caso? Dependerá de la habilidad del terapeuta y de la disposición del paciente.

- **La dirección de la cura: el cambio en la posición subjetiva: la droga está en otra parte.**

Como una de las posibilidades de la dirección de la cura. Una vez allanado el camino y si existe por parte del sujeto interés en preguntarse algo, comenzarán a aparecer recuerdos, asociaciones sobre lo que ha sido su historial personal.

No hay renacimiento del sujeto sino recomposición de su trama identificatoria, como dice Víctor Korman, que lo tan familiar comience a parecer ajeno y lo ajeno tal vez se convierta en algo propio. No hablaríamos entonces de caída de las identificaciones, sino más bien de retejido o reentramado o reubicación. Esto supone como en cualquier tratamiento la resignificación de la historia personal.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el objetivo de tratamiento, la dirección de la cura es la **transformación subjetiva**, modificando la dinámica psíquica del sujeto, de manera que la abstinencia de consumo, en estos casos,

pase en principio a un segundo plano, y que finalmente si surge lo haga como resultado de tales cambios. O tal vez la persona siga consumiendo esporádicamente, pero su proyecto vital tiene ahora otros centros, porque la persona ha cambiado de posición con respecto a su consumo, ya no está “sujetado a la droga” como al principio, ahora la sustancia ocupa otro lugar en su vida, porque hay otros elementos de su historia personal que también se han ido reacomodando y ocupando otras posiciones: a veces es la pareja, otras el trabajo, los hijos, los padres, las entradas y salidas de la cárcel, en cada caso algo diferente.

En este proceso, la transferencia es la herramienta fundamental, reinstalando en el centro del abordaje al sujeto, aquel que el discurso social, el médico y hasta él mismo han eclipsado. La cura en la toxicomanía no es entonces sinónimo de abstinencia, desde esta perspectiva, *“Prohibir la droga en términos de abstinencia es simplemente mantenerla lejos, sin hacer el duelo por lo que sería perderla. Para hacer ese duelo, no es necesaria la indicación de abstinencia, ya que se irá alejando de ella en tanto reemplace la dependencia a la misma por una dependencia transferencial.”*⁹²

Por consiguiente y desde este enfoque, tampoco la abstinencia será requisito previo al inicio del tratamiento: *“El ideal de abstinencia...lejos de permitirle al toxicómano acceder a la falta simbólica del objeto, es decir a una falta independiente de la presencia real de la droga, lo aliena en una relación imaginaria con el analista basada en la frustración con respecto a la droga que mantenida a distancia, continuará siendo para el adicto el único y real objeto del cual espera satisfacción.”*⁹³

Nos estamos refiriendo a lo que en términos teóricos se conoce como **rectificación**⁹⁴ **de la posición subjetiva** que es descrita como la primera de las cuatro fases en el desarrollo temporal de una cura⁹⁵, donde el sujeto comienza a localizar su posición en la realidad que nos presenta, qué relación tiene con ella, adónde se ubica. Y posteriormente, después de muchas

⁹² Eduardo vera Ocampo, ibídem, pág. 96.

⁹³ Eduardo vera Ocampo, ibídem, pág. 99-100.

⁹⁴ Me gusta más la idea de transformación, ya que rectificación remite más, me parece, a corrección y no es de eso de lo que se trata.

⁹⁵ David Nasio, en ¿Cómo trabaja un psicoanalista? plantea esta fase como inicio pero creo que puede darse a lo largo del tratamiento como una constante, lo mismo que las siguientes fases: 2. Sugestión, 3. Transferencia y 4. Interpretación. (págs. 18-29).

entrevistas, a veces espaciadas por períodos de abandonos o de imposibilidad de asistir, podrá surgir algo sintomático, que tal vez no contaba con ese valor para ese sujeto. Cuando eso sucede es porque de algún modo la persona le da un sentido distinto a su padecer, lo ubica en otro lugar, ha habido una falla en la solución que en algunos casos es la droga, permitiendo que el sujeto rectifique su posición ante la misma o ante sus síntomas, ante distintos aspectos de su realidad: el paciente se irá resituando de otro modo en relación a su sufrimiento.

“Se tratará de procurar reabrir esos interrogantes fundamentales que se presentan como consecuencia de la castración; de buscar un intersticio donde ese falso saber que la droga genera vacile. De nada sirve empujar a un paciente a que abandone el consumo si no es por efecto de que el sujeto se replantee su posición en tanto tal. Se trata en definitiva, de hallar otros caminos para que el sujeto se enfrente con lo real que lo determina.”⁹⁶

- **La Supervisión**

Es muy habitual hablar de supervisiones en la práctica clínica privada, sino de todos, al menos de los pacientes que presentan más dificultades. En el trabajo en instituciones a menudo es una práctica de la que se prescinde, por falta de tiempo, de coordinación o a veces de verdadera voluntad, que en el mejor de los casos se suplanta con sesiones clínicas adónde cada profesional alguna vez presenta un caso, descrito durante varias sesiones.

El ejercicio de armar un relato, que sea comprensible, aunque introduce cierta coherencia en el decir del paciente que a veces no es tal⁹⁷, sirve para pensar sobre su particular situación y orienta en el camino a seguir en las próximas sesiones.

Sin embargo, la experiencia muestra que la supervisión no sólo es fundamental, sino que es imprescindible por varias razones. La primera, no todos escuchamos lo mismo y el compartir el material que se ha escuchado permite **ampliar la visión ante aspectos del decir del paciente** que tal vez la

⁹⁶ Luis Salamone, El toxicómano y el goce cínico, en Sujeto, Goce y modernidad, Tomo I, pág. 104.

propia escucha, por falta de experiencia o por falta aún de más análisis personal, no toma en cuenta. Con esto no quiero decir que la supervisión pueda suplir el propio análisis, pero sí permite que ir aprendiendo a escuchar, rectificando algunas de las intervenciones que se pueden hacer, distinguiendo los aspectos personales de los del paciente, reconociendo las propias defensas que hacen de límite a la escucha.

En segundo lugar, porque es **uno de los mejores modos de aprender**, a mi modo de ver, ya que se tiene contacto directo con la experiencia psicoterapéutica en una forma protegida, en primer lugar para el paciente y en segundo lugar para quien está aprendiendo, siendo de gran ayuda para que quien esté escuchando pueda escuchar de un modo optimizado, por otras escuchas que lo enriquecen.

⁹⁷ Como cuando alguien relata un sueño.

VII. Consideraciones finales

- La época en que vivimos da cuenta de un **tipo de subjetividad** propia de los tiempos que corren, cuyas expectativas de logro en la vida parecen acoplarse a lo que ofrecen ciertas sustancias en un primer momento de consumo, al darse en un ámbito de diversión y fiesta propio de la actual cultura juvenil. Así las sustancias de mayor consumo actual –cocaína, drogas de síntesis y alcohol- se asocian a valores simbólicos que las legitiman.
- Esto ha producido una masificación del consumo de manera que **invisibiliza** actualmente el problema de la adicción, al formar el consumo, parte de la cultura del ocio y uso del tiempo libre, siendo habituales los consumidores de fines de semana, estableciendo una ruptura entre lo cotidiano-trabajo-semana y el fin de semana-descontrol-fiesta.
- La sustancia que se consume o los rituales que rodean al consumo identifica **subculturas** con características particulares entre las que se pueden distinguir los consumidores que controlan su consumo y lo circunscriben a ocasiones especiales, los que consumen en cada salida recreativa con los amigos o parejas, pero que continúan adaptados a su medio social y laboral y aquellos que pierden el control de la situación, sintiendo que son atrapados por una situación que no tiene salida, entrando así “en la carrera de la adicción”.
- El fenómeno de la toxicomanía opera como **síntoma social**, contribuyendo el significante ‘drogadicto’ o ‘toxicómano’ una cristalización de dicho síntoma con efectos significantes sobre los sujetos, por lo cual se propone pensar en términos de un **‘sujeto que atrapa a la droga’**, más bien que como alguien víctima de los efectos de una sustancia. Con esto remarcamos la idea de **elección** y **responsabilidad** en ese encuentro del sujeto con la droga.

- Esta relación particular de **dependencia** que alguien establece con una sustancia en un momento de su vida, debe entenderse desde una perspectiva psicoanalítica, como la **solución fallida** dado a un **malestar** que existía en el sujeto anterior al encuentro con la sustancia. Malestar que en un comienzo la droga contribuye a calmar, pero que después se vuelve en su contra produciendo un nuevo tipo de malestar.
- Cada ser humano en su particular modo de **constitución subjetiva** atraviesa por distintos avatares en los que por una parte, es determinado en su contacto con los Otros y por otra, va escogiendo inconscientemente distintos lugares a lo largo de su vida en relación a sí mismo y los demás, que le permiten sobrellevar a la manera peculiar de cada uno 'los dolores del existir'. Algunos encuentran en las drogas una forma de paliar su malestar, aunque luego le traiga aparejado otros malestares propios de la adicción, momento en el que habitualmente algunos solicitan ayuda.
- Hablamos de la **psicoterapia analítica**, a través de la **clínica del caso por caso**, como una posibilidad más dentro de los otros tratamientos existentes, donde a través de una **escucha analítica**, se tratará de dilucidar la particular forma de ser de cada sujeto, así como el lugar que su particular relación con una sustancia viene a ocupar en su subjetividad. La especialidad del abordaje no se constituye en la toxicomanía sino en los sujetos.
- El **lugar que ocupa o la función que cumple la droga** en cada sujeto es algo a desentrañar, que nunca viene dado de antemano, ni por la sustancia que consume, ni por la forma o la cantidad. Es más bien algo a desentrañar en la etapa preliminar de la psicoterapia psicoanalítica, con el objetivo que de a poco el interés por el consumo se deslice hacia otros aspectos del ser del sujeto que permanecen ocultos tras la sustancia.
- El fenómeno de la toxicomanía no responde a una estructura psíquica particular, ni constituye en sí misma un síntoma en el sentido psicoanalítico y su abordaje desde la psicoterapia psicoanalítica consistirá en **hacer del consumo un síntoma** que le

haga pregunta al sujeto sobre su malestar, haciéndose responsable de lo que le ocurre y no considerándose víctima de la sustancia, para que poco a poco la droga caiga de ese lugar desde donde se la ha subjetivado, dejando que otros aspectos del ser del sujeto –antes eclipsados- aparezcan.

- Se trata al **inicio de tratamiento** de la **construcción de una demanda**, al igual que en cualquier otra patología y es necesario el establecimiento de una **relación transferencial** que permita comenzar el proceso psicoterapéutico.
- La **dirección de la cura** se orientará a que la droga caiga del lugar de objeto que calma y que colma al sujeto, para que pueda aparecer aquello que originó, en cada caso particular, la relación de dependencia con la sustancia, mediante su ingesta compulsiva. Acto por palabra, goce por principio de placer, autoerotismo por acceso a la diferencia sexual, lo ajeno por lo propio, el desborde por la puesta de límite y así en cada caso, lo que para cada uno signifique.
- Hablamos de una psicoterapia psicoanalítica, dentro de una institución pública, como un enfoque necesario en espacios que en algún momento se han cerrado al psicoanálisis, por lo menos en España. Cuando uno observa a personas como Víctor Korman, a Guillermo Mattioli, o más cercanamente, al equipo de Alcalá, se pregunta cómo han podido sobrevivir en un medio preferentemente hostil al discurso psicoanalítico. Dentro de un **contexto institucional**, público, interdisciplinario, con una orientación que uno podría pensar va en contra de los enfoques habituales, y se podría deducir, en parte y puede haber otras razones, que lo han hecho por la seriedad, el genuino interés y el compromiso ético con el que desarrollan su trabajo y porque sin duda obtienen buenos resultados, aún sin nunca esperarlos.
- Específicamente en el equipo, con quienes he compartido más tiempo, es notable y llama la atención, la **falta de desgaste** que después de muchos años de trabajo evidencian, y el **redescubrimiento** que son capaces de hacer en cada caso de un mundo personal nuevo, cada una en su estilo particular, dándose

tiempo para la **prevención** y la **formación**, en servicios habitualmente colapsados por los usuarios. Hay una forma de organización que cualquier observador externo sin más información, nota diferente a lo habitual.

- La psicoterapia psicoanalítica debe ir acompañada más allá de su especificidad clínica, de una **actitud flexible**, abierta pero además **comprometida**, que le permita irse abriendo más espacios fuera de las cuatro paredes de la consulta individual y de la propia línea teórica dentro del psicoanálisis. Esto beneficia en primer lugar a los pacientes, que asisten a un espacio adonde son escuchados de un modo diferente, en segundo lugar al equipo que no lleva el peso de la tarea mesiánica de salvadores a su espalda y en tercer lugar a la gente que acude a formarse, y que puede hacerlo desde la falta de experiencia clínica o desde la formación desde otro enfoque, recibiendo valiosos aportes sintiéndose integrados en la diferencia.
- El prejuicio a veces tan difundido, de que el enfoque psicoanalítico no puede salirse del diván o que no puede hablar un lenguaje claro y que se pueda compartir, ha sido desmentido para quienes ya hace tiempo están trabajando con sus ideas, en un encuadre distinto, pero con los mismos acentos, de un **modo creativo y singular**.

IX. Bibliografía.

Alemán, Jorge y Larriera, Sergio; (2001) El inconsciente: existencia y diferencia sexual, Editorial Síntesis, Madrid.

Arnal, José Miguel y Fernández March, Teresa; (1989) ¿Qué es un toxicómano? Revista Confluencias, Vol. III, Nº III.

Arnal, José Miguel, (1991) Análisis de la demanda de(l) toxicómano; Ponencia presentada en la IV Jornada de Formación de la Plataforma Internacional para una Clínica del Toxicómano, en Toledo.

Baldiz, Manuel; La entrada en análisis de un adicto neurótico, tomado de El malestar en la adicción.

Bassols, Miquel y otros. (1986) Umbrales del análisis, Editorial Manantial, Bs. As.

Bulacio, B y otros; (1986) De la drogadicción. Contribuciones a la clínica; Ed. Paidós, 2º edición, Buenos Aires.

Cao, Marcelo Luis; Medios de comunicación, adolescencia y posmodernidad, Red FLAPAG.

Cislaghi, Silvia; El tóxico como remedio; Revista Acheronta (versión electrónica), Nº 14, diciembre del 2001, www.psyconet.com.

Calafat Amador, La cocaína en la cultura recreativa, ponencia presentada en el Encuentro para profesionales: Cocaína, en Aranjuez, mayo del 2002, publicado por la Agencia Antidrogas.

Del Campo, Emiliano; La clínica psicoanalítica en la drogadependencia, Revista Acheronta (versión electrónica), Nº 14, diciembre del 2001, www.psyconet.com.

Evans, Dylan, (1997) Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Escohotado, Antonio, (1997) Historia elemental de las drogas; Ed. Anagrama, Barcelona.

Freud, Sigmund; (1913) Introducción al tratamiento (1921) Psicología de las masas y análisis del yo (1929) El malestar de la cultura, () Introducción al narcisismo.(1920) Más allá del principio del placer, () El yo y el ello.

Gana, Ana Lía (1995) El fenómeno de la toxicomanía, Revista Acentos Nº 6.

Gobbi, Sonia; Adolescencia y adicción: acerca de la elección de la droga, Serie Psicoanálisis, Homo Sapiens Ediciones.

Gómez Ana; Institución para toxicómanos, de lo particular ¿es posible?

González, C; Funes, J.; González S.: Mayol I. y Romaní, O.; (1995) Repensar las drogas, Barcelona: Grupo Igia.

Guilaña, Elvira; Diversos abordajes terapéuticos en España, tomado de El Malestar en la adicción.

Huxley, Aldous; (1999), Las puertas de la percepción; cielo e infierno; Ed. Edhasa, 4º reimpresión, Barcelona.

Korman, Víctor; (1995) ¿Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto; Ed. Grupo Igia, Barcelona.

Laurent, Eric; (1999) Las paradojas de la identificación, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Laurie, Peter, (1987), Las drogas, Alianza Editorial, Madrid.

Le Poulichet, (1996) Toxicomanías y psicoanálisis, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Lipovetsky, Gilles; (1986); La era del vacío, Ed. Anagrama, Barcelona.

Lombardi, Gabriel; (1993); La clínica del psicoanálisis 2: el síntoma y el acto, Ed. Atuel, Buenos Aires.

Mabbit, Jacques; La marihuana ¿ángel o demonio?, Red FLAPAG, www.psinet.com.ar.

Mattioli, Guillermo;(1989) Psicoterapia del toxicómano, Ed. Logos, Barcelona.

Miller, Jacques Alain, (1997) Introducción al método psicoanalítico; Ed. Paidós, Barcelona.

Nasio, Juan David; (1996) Cómo trabaja un psicoanalista. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Paskvan, Estela, (1989) ¿Toxicómanos? Revista Confluencias, Vol. III, Nº III.

Ravinovich, Diana; (1989) Una clínica de la pulsión: las impulsiones; Ed. Manantial, Buenos Aires.

Revista Apertura. Cuadernos de psicoanálisis. Nº 6 (marzo, 1991) Barcelona.

Ruiz, José Javier; (1995) El acto de devenir toxicómano; Cuadernos europeos de psicoanálisis, Nº 10.

Sinatra, Ernesto; (1995) El paradójico goce toxicómano, El Caldero de la Escuela Nº 36, pág. 23.

Sinatra, Ernesto, Silliti Daniel, Tarrab Mauricio y cols.; (1993-4) Sujeto Goce y Modernidad: los fundamentos de la clínica, Tomos I y II, Ed. Atuel, Buenos Aires.

Sobral, Graciela y otros, (2001) La encrucijada Anorexia y Bulimia, publicado por la embajada de Italia en España, Madrid.

Valerga, Noemí; (1992) El comienzo de un recorrido terapéutico, Red Electrónica Flapag, Revista N° 4.

Valverde Molina, Jesús, (1996), Vivir con la droga, Ediciones Pirámides, Madrid.

Vera Ocampo, Eduardo; (1988) Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro, Paidós, 1º edición, Buenos Aires.

Unterberger, Mónica; El fenómeno de la toxicomanía: una demanda asintomática; Pharmaton, N° 1, págs. 5 a 10.