

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

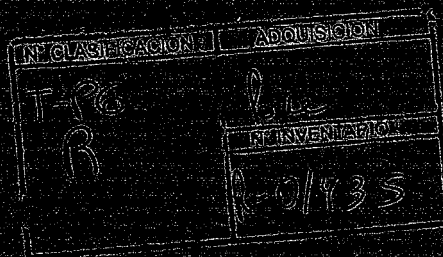
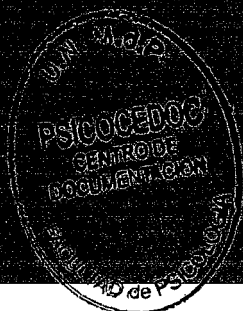
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

# “La clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías”

Alumno: Reyes, María Aylén

Matrícula: 08805/09

Supervisor: Lic. Baur, Vanesa



Unidad Académica: Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Título del Proyecto: “La clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías”

“La Tesina del correspondiente al requisito curricular Trabajo de Investigación conforme O.C.S. 553/2009”

Alumno: Reyes, María Aylén

Matrícula y Año: 08805/09

DNI: 34.876.860


Grupo de Investigación o Cátedra de radicación: Psicología Clínica

Supervisor: Lic. Baur, Vanesa

Fecha de presentación: 6 de noviembre de 2015.

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumno/s Reyes, María Aylén de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del/los autor/es".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por el/los alumno/s Reyes, María Aylén matrícula/s N° 08805/09, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los .....días del mes de ..... del año ..."

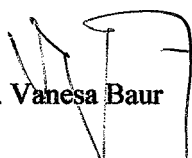
  
.....  
Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor.

## **INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR**

El presente trabajo de investigación aborda una temática de gran actualidad, proponiéndose un abordaje de la misma a partir de los conceptos de la clínica y la teoría psicoanalíticas, a través de una lectura crítica de la bibliografía pertinente. Los objetivos que se planteó la estudiante implicaron realizar un abordaje crítico del panorama contemporáneo, y de la actualidad en el abordaje de las adicciones.

La estudiante a cargo de esta investigación llevó adelante su tarea con dedicación y responsabilidad; pudiendo avanzar en las dificultades que implica la escritura sobre psicoanálisis y en un tema que requiere la lectura de autores contemporáneos. Su labor de escritura da cuenta del trabajo de apropiación de las elaboraciones teóricas estudiadas. A su vez, respetó el plan de trabajo que se propuso en el anteproyecto, dando cuenta de los objetivos planteados en los tiempos estimados. Los encuentros de supervisión pusieron de manifiesto el compromiso de la estudiante en el desarrollo de su proyecto.

En mi opinión, la tesis se encuentra aprobada.

  
Mg. Vanesa Baur  
Supervisora

Mar del Plata, 2 de noviembre de 2015

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por el/los alumno/s Reyes, María Aylén matrícula/s N° 08805/09

 V. Baur  Ciro Mauro Pino.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación: 11-12-15

Calificación: 10 (sobre saliente)

Mario Kiro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
Facultad de Psicología

**Plan de Trabajo**  
**Investigación de Pre-grado**

- Apellido y Nombre del alumno:

Reyes, María Aylén

- Matrícula y Año:

08805/09

- Cátedra o Seminario de radicación:

Psicología Clínica

- Supervisor:

Lic. Baur, Vanesa

- Título del proyecto:

“La clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías”.

- Descripción resumida:

La presente investigación se propone indagar bibliográficamente las particularidades de la clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías. En primer lugar, se desarrollarán los fundamentos teóricos acerca de los determinantes psíquicos que pueden situarse como causa de las toxicomanías, desde la obra de Freud y Lacan, como así también de autores contemporáneos del psicoanálisis. En segundo lugar, se desarrollarán las consideraciones teóricas centradas en la relación entre las toxicomanías y el impacto de los factores sociales en la subjetividad actual. A partir de ello, se plantearán y analizarán los fundamentos clínicos específicos que sostienen el tratamiento que brinda el psicoanálisis. Por último, se realizará una comparación y diferenciación del tratamiento psicoanalítico con otros tipos de abordajes tales como la comunidad terapéutica y las políticas de prevención de daños.

- Palabras clave: clínica-toxicomanías-psicoanálisis

- Descripción detallada:

- Motivo y antecedentes:

El interés por el tema aquí presentado, ha surgido a partir de la realización de prácticas pre-profesionales que permitieron tomar conocimiento sobre la prevalencia de las adicciones en la clínica actual: la problemática del consumo de drogas y las dificultades que presenta al momento de hallar un tratamiento posible. Por este motivo, pensando en un futuro profesional, se trata de profundizar en el conocimiento de los fundamentos clínicos que permitan pensar en un abordaje y tratamiento de las toxicomanías desde el psicoanálisis.

La presente investigación se propone hallar las particularidades del tratamiento psicoanalítico y con el objetivo de delimitarlas, resulta interesante indagar y comparar la concepción de clínica que sostienen otros tipos de abordajes/tratamientos que se brindan actualmente. Uno de los tratamientos más frecuentes en nuestro país es el de las Comunidades Terapéuticas, cuya modalidad parte de la internación, la abstinencia y el aislamiento del sujeto de su medio familiar y social. También encontramos a nivel mundial, el desarrollo de políticas de reducción de daños, que abarcan la prevención, la asistencia y el tratamiento de las adicciones. En ese marco se desarrollan tratamientos farmacológicos basados en el aporte de las neurociencias, cuyo objetivo no es la abstinencia sino reemplazar la droga que el sujeto consume por una sustancia menos dañina, por ejemplo a través de programas de tratamiento con metadona.

Desde el psicoanálisis, se parte de la idea de que el tratamiento debe centrarse en el sujeto y no en la sustancia, de allí que no se distinguirá en este trabajo los efectos causados por una sustancia tóxica en particular. Al tomar como eje el sujeto podemos pensar tanto en la posición del sujeto que padece como la posición que asume el clínico frente a ese sujeto.

En principio, la presentación clínica de las toxicomanías no parece encuadrarse en las estructuras clásicas del psicoanálisis (neurosis, psicosis, perversión). En este sentido, Héctor López en su obra "Las adicciones: sus fundamentos clínicos" (2002), plantea que la toxicomanía como mecanismo puede afectar a una parte de la estructura y también puede coexistir con alguna de ellas, no constituyendo una estructura clínica diferenciada.

Por lo tanto, se plantea la tarea de interrogar a las toxicomanías como entidad clínica, en tanto no se la puede concebir como una estructura clínica diferenciada; y cuestionar en qué medida presenta las propiedades del síntoma freudiano.

Si bien ni Freud ni Lacan teorizaron sobre la práctica clínica con adicciones/toxicomanías, el fenómeno de la intoxicación es abordado por Freud haciendo referencia a su función en la cancelación del dolor. También planteó un vínculo con la sexualidad al considerar la masturbación como adicción primordial, y a las posteriores adicciones como sustitutos de la misma. Por su parte, una de las consideraciones principales de Lacan es formulada en "Clausura de las Jornadas de Carteles de la Escuela Freudiana de París", donde refiere a la adicción en términos de ruptura con la castración, fuera del campo regulado del goce fálico.

Remitiéndonos a las obras de autores contemporáneos, se pueden encontrar enfoques centrados en los mecanismos u operatorias inconscientes de la adicción, cuya determinación se halla en referencia a la constitución psíquica del sujeto. Por otro lado, encontramos enfoques centrados en la consideración de las toxicomanías como patologías de época determinadas por el impacto de los factores sociales (malestar cultural, capitalismo, lógica de mercado, etc.) en la subjetividad actual.

Entre los autores contemporáneos del psicoanálisis, encontramos a Sylvie Le Poulichet, quien plantea en "Toxicomanías y Psicoanálisis" (1996), la operación del farmakon y sus dos vertientes: la toxicomanía como suplencia y como suplemento. También encontramos las obras del psicoanalista francés Eric Laurent, tales como "Adicciones y lazo social" y "Tres observaciones sobre la toxicomanía".

Remitiéndonos a nuestro país, encontramos la obra de Héctor López "Las adicciones: sus fundamentos clínicos", quien ha realizado investigaciones sobre la problemática de las toxicomanías, en el grupo de investigación "Teorías y prácticas psicoanalíticas" (UNMDP) y "El lugar del analista en el tratamiento de las adicciones" (UNLP).

Se destaca también el trabajo de Fabián Naparstek, titular de la cátedra "Clínica de las Toxicomanías y el alcoholismo" de la UBA. Entre sus proyectos de investigación se pueden citar "Importancia de los Aportes de la Enseñanza de Jacques Lacan en la Problemática de las Toxicomanías" (2010) y "Relaciones entre las Toxicomanías y la Psicosis a Partir de la Orientación de Jaques Lacan" (2011).

Encontramos autores como Massimo Recalcati, quien en su trabajo "Clínica del vacío". Anorexias, dependencias, psicosis", sitúa a las toxicomanías como una de las formas de declinación del lazo social en lo que él denomina clínica del vacío o "clínica en la época del Otro que no existe", en oposición a la clínica clásica de la neurosis.

Entre los autores que también abordan las toxicomanías en función del contexto actual, encontramos a Alicia Donghi, docente en la UBA, con obras tales como "Adicciones, Una clínica de la cultura y su malestar", quien parte de

considerar la carencia estructural del sujeto como un vacío a ser llenado por los objetos de consumo.

Por último, cabe mencionar a Sergio Staude, miembro de la escuela freudiana de Buenos Aires, con trabajos como “La drogadependencia y el psicoanálisis” y “Las adicciones y la pasión por la ignorancia”, en los cuales concibe a las toxicomanías como fracaso del síntoma y sitúa la práctica del psicoanálisis frente a las condiciones que impone el discurso capitalista.

-Objetivo general:

Analizar y plantear, mediante un estudio bibliográfico, las particularidades de la clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías.

-Objetivos Particulares:

- a) Exponer y desarrollar las consideraciones teóricas sobre los aspectos psíquicos de la constitución subjetiva que se constituyen como causa de las toxicomanías.
- b) Situar y caracterizar las consideraciones teóricas basadas en la relación entre las toxicomanías y el impacto de los factores sociales en la subjetividad actual.
- c) Plantear y desarrollar los fundamentos clínicos específicos que sostienen el tratamiento que brinda el psicoanálisis a las toxicomanías.
- d) Comparar y diferenciar el tratamiento psicoanalítico de las toxicomanías con el tratamiento que brinda la comunidad terapéutica y las políticas de prevención de daños.

-Métodos y técnicas:

El presente trabajo constituye una investigación bibliográfica, que implica una revisión de la literatura publicada acerca del objeto de estudio, a través de

fuentes de información tales como libros, artículos, revistas y bases de datos. A partir del material obtenido, se realizará una lectura crítica y sistemática del mismo en virtud de los objetivos planteados.

La investigación bibliográfica se define como un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material.

Por lo tanto, la investigación no se reduce a una mera recolección y exposición de la información, sino que se analizará y articulará el material obtenido con el fin de plantear nuevas elaboraciones acerca de la temática.

-Lugar de realización del trabajo: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

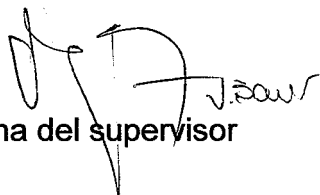
-Cronograma de actividades:

	Revisión de bibliografía	Lectura del material bibliográfico	Análisis y articulación de textos	Elaboración de producción escrita
Mayo	■			
Junio		■		
Julio			■	
Agosto			■	■
Septiembre				■

-Bibliografía básica de referencia:

- Donghi, A. (2000) "Adicciones, Una clínica de la cultura y su malestar". Buenos Aire: JVE Ediciones
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos de la teoría sexual". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud S. (1912). "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1912) "Conferencia 28. La Terapia analítica", en *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía", en *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1929). "El malestar en la cultura". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1985) "Proyecto de Psicología", en *Obras Completas*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1986). "La herencia y la etiología de las neurosis". Buenos Aires: Ed. Orbis.
- Heinrich, H. (1996) "Cuando la neurosis no es de transferencia", en *Colección: La clínica en los bordes*. Buenos Aires: Ed. Homo Sapiens.
- Kameniecki, M. (2006) "Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías", en *Clínica Institucional en toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel*. Buenos Aires: Letra Viva
- Korman, V. (1995) ¿Y antes de la droga, qué?. Barcelona: Edit. Grup Igia
- Lacan, J. (1958) «La dirección de la cura y los principios de su poder», en *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1967). "Psicoanálisis y medicina". Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Lacan, J. (1975). "Clausura de las Jornadas de Carteles de la Escuela Freudiana de Paris" (inédito).

- Laurent, Eric (1997). "Tres observaciones sobre la toxicomanía" *En Sujeto, goce y modernidad número 2*. Los fundamentos de la clínica. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Le Poulichet, Sylvie (1996). "Toxicomanías y psicoanálisis". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- López H. (2003) "Las adicciones, sus fundamentos clínicos". Buenos Aires: Ed. Lazos.
- Naparstek, F. (2008) "Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo". Buenos Aires: Ed. Grama.
- Recalcati, M. (2003) "Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis". Madrid: Ed. Síntesis
- Staude, S. y Couso, O. (1998). "Las adicciones: el fracaso del síntoma", Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Rosario. (Inédito)
- Staude, S. (2007). "Las adicciones y la pasión por la ignorancia". Desde el Jardín de Freud, nº 7, 55-64.



Firma del supervisor



Firma del co-supervisor

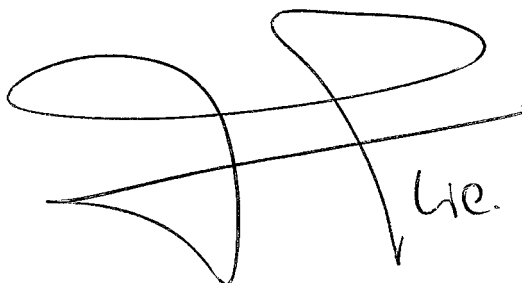


Firma del/los alumnos

PI/ Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer) aprobado con sugerencias.

Fecha: 6/7/15.



Lic. Mauro Pino.

Evaluación Plan de Trabajo  
Alumna: María Aylén Reyes.

Sugerencias:

**Motivos y antecedentes:**

a) Sería indicado que el desarrollo de este apartado siguiera el orden de temas que tiene la introducción, así como los objetivos planteados, para facilitar la lectura.

b) Faltan referencias bibliográficas. Recordar señalar año de los textos nombrados para poder ubicarlos en la bibliografía. Así como también, señalar el número de página cuando corresponda.

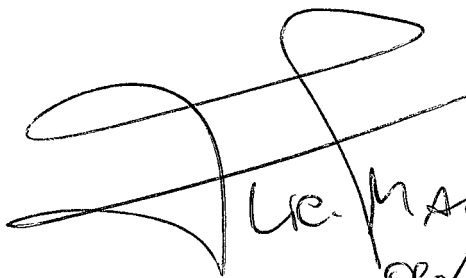
**Objetivos:**

Si bien es claro el objetivo general; cada objetivo particular podría ser un objetivo general en si mismo, dada la amplitud del alcance de cada uno. Por la duración estimada del trabajo (5 meses, según cronograma de actividades) parecería demasiado extenso el recorrido propuesto. Tal vez se podría acotar (según los intereses del alumno) y hacer más específicos los objetivos particulares.

**Métodos y técnicas:**

Sería conveniente desarrollar con mayor detalle este apartado. Si bien se plantea una revisión bibliográfica, hay distintos modos de hacerla. Se podría especificar el modo particular que tomará esta investigación.

El Plan de Trabajo está aprobado, ya que en líneas generales es correcto y pertinente. Las sugerencias están realizadas con el ánimo de facilitar la futura realización de la investigación, esperando sean de utilidad.

  
Lic. MAURO PINO. -  
06/07/2015.





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

\* \* \* \* CERTIFICO que **REYES, MARÍA AYLÉN** DNI **34.876.860**, alumna **ACTIVA REGULAR** en la carrera Licenciatura en Psicología, que se dicta en esta Facultad de Psicología, dependiente de la Universidad Nacional de Mar de Plata, tiene **rendido y aprobado** el final de **Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica**.

\* \* \* \* A pedido de la interesada y a efectos de ser presentado ante las autoridades que así lo requieran, se extiende el presente certificado, sin borrones ni enmiendas, en la ciudad de Mar del Plata, a los 20 días del mes de mayo de 2015.

## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Capítulo I: Determinantes psíquicos de las toxicomanías.....	5
Capítulo II: Las toxicomanías y el impacto de los factores sociales en la subjetividad actual.....	15
Capítulo III: Fundamentos clínicos de las toxicomanías.....	24
Capítulo IV: Particularidades de la clínica en el tratamiento psicoanalítico, la comunidad terapéutica y la reducción de daños.....	41
Consideraciones finales.....	70
Referencias Bibliográficas.....	75
Anexo:Sugerencias sobre el plan de trabajo.....	79

**“La clínica psicoanalítica en  
el abordaje y tratamiento de  
las toxicomanías”**

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, se propone indagar bibliográficamente las particularidades de la clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías.

En primer lugar, se entiende el término clínica, aplicado al campo de la psicología, como la elaboración de un saber respecto del padecimiento del ser humano.

Dentro de la Psicología encontramos diferentes orientaciones teóricas, y por ende, diversas concepciones de clínica. El psicoanálisis le aporta a la psicología clínica una estructura teórica y un modelo de práctica clínica. El descubrimiento del inconsciente, estructurado como un lenguaje, ha producido la fundación de un campo de saber cuya exigencia ética es la de una indagación clínica previa a toda terapéutica. Se trata de una ética que procede por la vía de la palabra en el campo del lenguaje.

Lacan (1977) en “Apertura de la sección clínica” plantea que la clínica psicoanalítica tiene una base: “es lo que se dice en un psicoanálisis”. Entre las funciones de la clínica psicoanalítica sitúa que “debe ayudarnos a relativizar la experiencia freudiana”, se trata de cuestionar aquello que Freud teorizó. En el mismo sentido plantea: “la clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar al análisis, sino en interrogar a los analistas, de modo que éstos hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa”. (1977; p. 1-5)

En ese sentido, se puede situar la clínica psicoanalítica como interrogación de la práctica analítica. Se trata de pensar la clínica como interrogación de la experiencia, del diagnóstico, y del tratamiento del sujeto que consulta, tomando el caso clínico en su particularidad.

La clínica psicoanalítica desde una mirada singular da cuenta de los principales fenómenos que se revelan en la práctica clínica: el padecimiento subjetivo, el carácter de la demanda, la naturaleza de la transferencia, la resistencia del síntoma, entre otros aspectos.

La clínica psicoanalítica es una clínica del sujeto; no se trata de su ubicación en “categorías” ni en agrupamientos de signos como ocurre en la clínica psiquiátrica, sino que es una clínica basada en la consideración de que es necesario que el sujeto hable. Puesto que no se sabe de antemano el significado de su padecimiento, se tratará de ubicar allí el significativo al que el sujeto permanece fijado y que permita dar cuenta de su significado inconsciente. Por este motivo, la palabra del sujeto se constituye como necesaria en el tratamiento.

Se tratará en la presente investigación, de situar aquellas particularidades que hacen a la clínica psicoanalítica en función del abordaje de las toxicomanías.

Es necesario para ello precisar qué se entiende por toxicomanías. Etimológicamente el término “toxicomanía” proviene del griego “toxiko”, que significa veneno, y del latín “manía”, locura caracterizada por delirio y agitación.

Desde el psicoanálisis, hablamos de toxicomanías para referirnos a la operación inconsciente y el mecanismo que pone en juego la adicción y que lleva al sujeto a una dependencia alienante con la droga, independientemente del tipo de tóxico.

Sylvie Le Poulichet (1996) plantea que es la “operación del farmakon” la que permite definir una toxicomanía, se trata del acto específico que crea una toxicomanía. La autora acuña el concepto de “operación farmakon” tomando el término “farmakon” desarrollado por Derrida (1975) que alude a la propiedad particular de ciertas sustancias de ser remedio y veneno a la vez.

Siguiendo a Héctor López (2003), en el psicoanálisis se ha considerado por un lado, el acto tóxico como irrupción de satisfacciones primarias cuando las defensas simbólicas contra lo pulsional han sido arrasadas; y por otro, lado, el acto tóxico como un recurso defensivo del sujeto, en tanto respuesta a un déficit constitutivo.

La operación del farmakon representa una cancelación tóxica del dolor y la restauración de un objeto alucinatorio. Se trata de un dolor como condición previa en la constitución del sujeto, una abstinencia estructural. Para plantear esta operación, Le Poulichet se remite a los textos freudianos “Que el dolor pueda experimentar una cancelación toxica, he aquí una intuición de Freud desde 1884, cuando puso en evidencia la acción de la cocaína sobre las afecciones dolorosas” (Le Poulichet, 1996, p.63).

Tanto para S. Le Poulichet como para H. López, la cancelación es el mecanismo específico de las toxicomanías. Se trata de una operación conservadora, un mecanismo defensivo, que protege una forma de narcisismo ante el riesgo de sufrir una devastación. Esta operatoria funcionaría como un montaje particular que aporta a un borramiento del sujeto frente a un intolerable.

Otros autores contemporáneos del psicoanálisis suelen enfocarse en la relación entre los aspectos sociales que influyen en el desarrollo y la prevalencia de nuevas presentaciones del síntoma. Se plantea a las toxicomanías como un síntoma contemporáneo a partir del

momento en que la toxicomanía está articulada en el discurso propio de la sociedad actual, esto es, el discurso capitalista. Massimo Recalcati (2003) en “Clínica del vacío”. Anorexias, dependencias, psicosis”, sitúa a las toxicomanías como una de las formas de declinación del lazo social en la clínica del vacío. El autor diferencia la clínica clásica de la neurosis o también llamada “clínica de la falta” con la clínica del vacío o la “clínica en la época del Otro que no existe”. Esta última se caracteriza por la ausencia del deseo como efecto de la falta en ser y un sujeto en ausencia de inconsciente, de allí que el fenómeno de la angustia se torne central y el sujeto se vea inmerso en estos nuevos padecimientos.

En el curso de esta investigación, en el capítulo uno y dos, se desarrollarán aquellos determinantes inconscientes a nivel psíquico de la constitución subjetiva y el impacto de los factores sociales en el psiquismo, de manera que permitan pensar los fundamentos clínicos de las toxicomanías.

A continuación, en el capítulo tres, a partir de los aspectos abordados se plantearán y analizarán los fundamentos clínicos del psicoanálisis en los cuales se sostiene el tratamiento de las toxicomanías.

Por último, en el capítulo cuatro, se indagarán otros abordajes de las toxicomanías como lo son: la comunidad terapéutica y la prevención de daños, con el objetivo de analizar sus particularidades y compararlas con las propias del tratamiento que brinda el psicoanálisis.

# **CAPÍTULO I**

## **DETERMINANTES PSÍQUICOS**

### **DE LAS TOXICOMANÍAS**

Desde la perspectiva que adoptamos en este trabajo, para entender la causa de las toxicomanías y la operatoria que pone en marcha, indagaremos los determinantes a nivel psíquico, principalmente aquellos factores que están implicados en la constitución subjetiva. Es allí donde hallamos la diferencia entre el consumo de sustancias y la adicción propiamente dicha. En este sentido Korman afirma “No es la droga la que engancha al adicto, como suele creerse habitualmente, sino que son ciertas características de su dinámica psíquica” (Korman, 1995, p.131)

*La sexualidad infantil: masturbación y satisfacción autoerótica*

Siguiendo el recorrido de la lectura freudiana realizada por Héctor López en “Las adicciones: sus fundamentos clínicos” (2003) abordaremos aquellas aportes que consideramos más relevantes para pensar la dinámica subyacente en las adicciones.

Uno de los principales aportes de Freud lo encontramos en la carta 79 a Fliess, en 1897:

"Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos, la “protomanía”, y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., solo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquella. La importancia que esta adicción tiene en la histeria es realmente prodigiosa, y quizá radica aquí, en parte o totalmente, mi magno obstáculo, aún desconocido. Al decir esto surge naturalmente la duda de si tal adicción es curable o si el análisis y la terapia deben detenerse aquí, conformándose con convertir la histeria en neurastenia” (Freud, 1897, p. 798).

Aquí Freud plantea el vínculo entre la sexualidad, la adicción y la neurosis (histeria y neurastenia), destacando la masturbación infantil como una primera adicción que servirá de modelo a todas las demás.

En “La sexualidad en la etiología de las neurosis” de 1898, Freud cuestiona la terapia de la neurastenia, centrada en la mera deshabitación del onanismo, planteando la insuficiencia de quitar el “hábito”. Allí es donde realiza una comparación con las toxicomanías, señalando que no todos los individuos que han consumido cocaína, morfina, etc. han desarrollada una adicción. A su vez, al igual que en la neurastenia, estos tóxicos

tienden a compensar la falta de satisfacción sexual y puede producirse una recaída si no se logra restablecer una vida sexual normal.

En 1906, en “Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de la neurosis”, Freud plantea nuevamente una analogía entre las neurosis y la intoxicación, considerándolas como vías sustitutas ante la abstinencia de satisfacción sexual:

“Inadvertidamente hemos pasado del problema de la causación de las psiconeurosis al de su esencia. Si tomamos en cuenta los descubrimientos psicoanalíticos, ha de afirmarse que la esencia de estas enfermedades reposa en perturbaciones de los procesos sexuales, de aquellos que determinan la producción y el empleo de la libido sexual. En último término, no podemos menos que representarnos estos procesos como de orden químico, viendo así en las neurosis actuales los efectos somáticos, y en las psiconeurosis, además los psíquicos de los trastornos del metabolismo sexual. La analogía de las neurosis con los fenómenos de intoxicación y de abstinencias, consecutivas al orden de ciertos alcaloides, se impone clínicamente” (Freud, 1906, p. 943).

Freud plantea una cierta analogía entre la perturbación de los procesos sexuales: la falta de satisfacción sexual y el estado tóxico de abstinencia. De aquí se puede inferir que la intoxicación estaría destinada a cancelar el dolor de la insatisfacción sexual.

En 1908, “en Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, Freud sitúa la relación entre la masturbación y el autoerotismo:

“El acto masturbador (o en su más amplio sentido, onanista) se dividía por entonces en dos partes: la evocación de la fantasía, y, llegada ésta a su punto culminante, los manejos activos conducentes a la satisfacción sexual. Esta composición es más bien, como ya sabemos, una soldadura. En un principio la acción presentaba un carácter puramente autoerótico, apareciendo destinada a conseguir placer de una determinada zona erógena. Más tarde esta acción se fusionó con una representación optativa perteneciente al círculo de la elección de objeto y sirvió para dar en parte realidad a la situación en que tal fantasía culminaba”. (Freud, 1908, p. 142).

Freud recoge el término de autoerotismo para definir la sexualidad infantil en su fase pre-genital en la que puede obtenerse la satisfacción sin recurrir a un objeto exterior, a través de la práctica del onanismo. En cuanto a la fase genital, ésta se caracteriza por las pulsiones parciales y la subordinación de las mismas a un nuevo fin: la reproducción. La pulsión sexual, hasta entonces predominantemente autoerótica, encuentra por fin el objeto sexual. En esta última etapa podemos situar la unión de la fantasía a la masturbación, dándole una cierta representación a la satisfacción sexual que ella procura. La síntesis pulsional fálica y la castración, propias del pasaje por la triangularidad edípica, suponen la posibilidad de moderar el goce pulsional autoerótico.

Por lo tanto, lo que encontrábamos en algún tiempo, previo a la composición, eran sólo los movimientos activos mecánicos, a lo cual llama puro autoerotismo y en un segundo momento se le agrega la fantasía. Naparstek (2009) plantea que uno es del orden de la acción mecánica y el otro del orden psíquico: lo novedoso del tiempo es que se agrega a lo mecánico el elemento psíquico: la fantasía.

Siguiendo a Naparstek (2009) en un primer tiempo hablamos de puro autoerotismo, sin connotación significativa y en un segundo tiempo de onanismo como soldadura. Luego habría otro tiempo en donde se puede ubicar al síntoma, ya que Freud sostiene no hay síntoma y masturbación a la vez: si se descarga por la vía de la masturbación, no se descarga por la vía del síntoma. Se puede plantear la diferencia entre la satisfacción tóxica, vinculada al autoerotismo masturbatorio y la satisfacción del síntoma, vinculada al goce fálico.

Héctor López (2003) destaca la noción de Freud de “soldadura” y plantea a la adicción como un acto compulsivo que se dirige al encuentro del objeto evitando toda ligadura semejante a la primera etapa del onanismo como puro autoerotismo, en un intento de construir la actividad intermedia de la fantasía, con la cual no cuenta. Por lo tanto, como condición previa a la adicción ubica una falla en la soldadura entre el acto y la actividad de la fantasía.

#### *La insuficiencia en la defensa ante el dolor*

En 1915 en “Duelo y Melancolía”, Freud incluye a la intoxicación alcohólica en la misma serie de estados entre los que se encuentra la manía como reacción extrema de defensa ante la abstinencia forzada del objeto. El duelo, como reacción específica a la pérdida de un objeto, es tomado por Freud como paradigma del dolor psíquico. El duelo es el estado que sigue a una separación, desaparición o ausencia vivida como una pérdida.

En “Inhibición, Síntoma y angustia” (1926), Freud ubica al dolor como la “genuina reacción frente a la pérdida del objeto”, tomando como ejemplo a la reacción del lactante frente a la ausencia de la madre. Sostiene que este dolor psíquico ocasionado por la pérdida del objeto, toma como modelo al dolor corporal, en la medida en que los dos engendran el mismo estado de “desvalimiento psíquico”.

Al dolor psíquico, cabe diferenciarlo del displacer, que consiste en el aumento de las tensiones en un sistema dentro de los límites del Yo. El dolor es consecuencia de una brecha real, de una ruptura de los límites del Yo, más allá de la regulación del principio de placer.

Freud en “Proyecto de Psicología”, obra escrita en 1895 pero publicada en 1950, plantea que el funcionamiento del aparato psíquico podría no estar preparado frente a la afluencia de una gran cantidad de energía psíquica, lo que ocasionaría un efecto traumático para el sujeto. En ese punto se sitúa el dolor, en términos de irrupción de grandes cantidades de energía que desbordarían al aparato psíquico, como una forma de hemorragia.

En el mismo sentido, Héctor López (2003) plantea que el dolor se presenta cuando la energía pulsional no puede ser ligada a una representación, tanto placentera como displacentera. El dolor es imperativo y no es posible responder a él mediante el mecanismo psíquico de la represión, allí es donde pueden intervenir otros medios de “defensa” como la acción de los tóxicos.

El autor, plantea las diferencias entre las nociones de dolor, sufrimiento y displacer. Este último, tiene como condición la energía ligada producto del principio de placer-displacer, ambos efectos de discurso que circulan en la cadena significativa; por el contrario, el dolor surge como real ante la imposibilidad de ligar la energía pulsional a alguna representación dentro de los límites del principio de placer-displacer. Respecto del sufrimiento éste se origina ante la demora con respecto a la satisfacción, en ese sentido se refiere al deseo mismo. El principio de realidad pone en suspenso al deseo y lo obliga al desplazamiento por la cadena significativa, el sufrimiento es el tiempo de los rodeos metonímicos. El dolor en cambio, surge cuando no están trazados los rodeos del deseo y la pulsión se revela en su condición de trauma.

Siguiendo a López (2003) el aparato psíquico no soporta una satisfacción por fuera de los límites del principio placer-displacer, de allí su imposibilidad estructural, excepto como trauma. La tendencia pulsional primitiva tiende hacia una satisfacción directa, rechazando toda ligadura, y allí se plantea la imposibilidad del goce como satisfacción. Por

el contrario, produce dolor y es traumática, en tanto se experimenta la ruptura traumática de las defensas y se produce una invasión de lo real del goce.

Cuando la falta de objeto se torna insoportable, algunos sujetos deben recurrir a otros medios de defensa, como la intoxicación, para cancelar el dolor. Se trata de interponer una barrera química a la angustia.

#### *La imposibilidad de afrontar la falta de objeto*

Siguiendo a López (2003), la primera referencia de Lacan sobre las toxicomanías, se encuentra en el escrito “La Familia” de 1938. Allí Lacan va a situar a las toxicomanías por vía oral como efecto del complejo de destete: “El destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales (anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástrica) revelan sus causas al psicoanálisis.” (Lacan, 1938, p.61).

Jáuregui en “El sentido moral del toxicómano. Entre el deseo y la ley” (2000), retoma los avatares del complejo de Edipo expuestos por Freud, con respecto al desarrollo del niño. Este, después de una etapa inicial de fusión con la madre, en donde el mundo aparece indiferenciado, debe pasar por una ruptura narcisista o separación a través del destete. La falta de objeto (madre) o la pérdida de esa unidad, permite al infante, después de un proceso de duelo, volcarse hacia el mundo exterior, hacia el otro.

Esa operatoria que permite al niño romper con la fusión materna, puede convertirse también en trauma psíquico. En este sentido, Héctor López (2008) señala:

“El trauma del complejo de destete es reformulado como pérdida, no del seno materno, sino como condición estructural, falta, ausencia, que requiere de una elaboración simbólica. La explicación, que se limitaba a la ingesta de drogas por vía oral, puede extenderse entonces a toda otra forma de adicción, sin especificar las fantasías que puedan ser particulares de cada una”. (López, 2003, p. 66)

El rechazo del destete por parte del sujeto sería lo que el trauma del adicto repite por medio de la intoxicación. El trauma del destete conforma así la matriz sobre la cual se instala una indefensión del adicto en relación a la droga: “El sujeto está indefenso frente a su compulsión a ingerir el tóxico, acto acompañado por la fantasía de la posesión ilimitada del pecho materno, es decir por la renegación del destete”. (López, 2003, p. 48).

Freud desarrolla la noción de trauma refiriéndose a un intolerable que no puede ser asumido, es decir, la imposibilidad de soportar el estado de “abstinencia estructural”: la falta de objeto constitutiva.

El sujeto, a través de la droga, intenta evitar la angustia propia de la pérdida de su unidad paradisíaca. La toxicomanía viene a reconstruir la armonía y la completud que está perdida irremediablemente para el ser humano. Se tratará, entonces, a través de la compulsión tóxica de alcanzar un reencuentro con la imago del pecho materno. En este sentido, Jáuregui (2000) afirma:

“El toxicómano, a través de la toxicomanía, recrea esta unidad dual, anulando todo aquello que se deriva de la ley. La culpa no sigue a la transgresión y, en consecuencia, a la adquisición de una conciencia moral, ya que no hay una representación paterna de la ley. El toxicómano ya no necesita de la palabra, de la dimensión simbólica, del otro, para satisfacerse. No tiene por qué responder. Estamos en el registro del narcisismo” (Jáuregui, 2000, p. 5).

Siguiendo a López (2003) el acto adictivo se convierte en una defensa contra el desamparo ocasionado por el destete, como una forma de preservar la consistencia narcisística, procurando una imagen de completud.

*El déficit simbólico: fallas de la metáfora paterna*

Desde la teoría lacaniana se sostiene que la inscripción del significante del Nombre del Padre y su puesta en juego en el Complejo de Castración, es aquello que garantiza la constitución de la neurosis. Previamente, el corte simbólico realizado por el padre, dará como resultado la pérdida del objeto primordial del niño, la madre. La función del padre con relación a la castración es una función simbólica, en tanto el padre representa para el sujeto una ley que lo trasciende y a la que se encuentra sujeto. El atravesamiento del complejo de castración implica la instauración de la ley del deseo a expensas del goce del cuerpo, el sujeto estará desde entonces sometido al goce fálico, lo que significa un goce con límites.

Hablamos de distintas estructuras: neurótica, perversa, psicótica, según como se sitúe un sujeto en relación a la castración. Es decir, según como se ubique un sujeto en relación a la ley simbólica del Padre.

El padre, en psicoanálisis, es quien anuda la conformidad entre la ley y el deseo, es función paterna introducir al niño en el trabajoso rodeo del deseo, entrar en la vía del goce fálico, marcado por la castración. Se plantea que la droga rompe con el goce fálico y produce un goce diferente, autoerótico, que permite la ilusión de lo infinito, lo eterno, lo ilimitado, en contraposición al goce fálico.

Freud en “Tótem y tabú” (1912) propone una versión del padre: la figura del padre muerto, el cual aparece inaugurando la inscripción del sujeto al lazo social a partir de la inscripción de una pérdida de goce. Este padre quedará como un tótem y ese carácter simbólico del padre es retomado luego por Lacan como el significante Nombre del padre.

Fabián Naparstek en “Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo” (2008) analiza la función paterna en las toxicomanías y plantea que no se trata solo de la función de la metáfora paterna, del Nombre del Padre como ideal, sino principalmente de cómo el padre encarna dicha función y en consecuencia, la identificación que de ello resulta para el sujeto. Aquí cobra relevancia la figura del padre como agente real de la castración, en tanto será este padre el que pondrá en juego la metáfora paterna, que permite hacer operar al significante Nombre del Padre.

En el mismo sentido, Gianzone (2005) en “Los divorciados del falo” plantea que la carencia habría que ubicarla a nivel del Padre Real, como agente de la castración, en las toxicomanías fallaría en su función de suplencia neurótica. La carencia de esta versión del padre no hace posible aceptar la privación tanto en el niño como en la madre. El padre privador es aquel que permite la falicización, sostener la falta, logrando que el niño quede afectado por la castración. Si esta operación no se cumple, el niño queda a merced del Deseo de la Madre, dando lugar a un goce sin freno simbólico, un goce no ordenado por el falo.

Víctor Korman en “Y antes de la droga, qué?” (1995) sostiene que en las adicciones suelen existir serios déficit de la función paterna, incluso fracasos de la misma, una ruptura con el Nombre del Padre, sin que constituya una psicosis. En el caso de estructuras neuróticas, la ruptura no implica la forclusión del Nombre del Padre, sino que el sujeto se coloca más allá de él y del principio del placer. Por lo tanto, se puede suponer que habiendo operado inicialmente la metáfora paterna, algún tiempo posterior en su constitución no se inscribió, implicando un sostén simbólico precario ante la inminencia de lo Real e incapaz de contener la angustia.

### *La ruptura con la castración*

Una de las referencias más fuertes de Lacan sobre la adicción se encuentra en “Clausura de las Jornadas de Carteles de la Escuela Freudiana de París” (1975), en donde plantea a la castración como aquello que nos libera de la angustia. Retoma al caso Juanito, en el cual la angustia surge en el momento que el niño descubre que está casado con su falo. Lacan lo relaciona con la función de la droga:

“Todo lo que permite escapar a ese casamiento es evidentemente bien recibido, de donde resulta el éxito de la droga, por ejemplo; no hay ninguna otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí.” (Lacan, 1975, p. 10).

Se trata por lo tanto, de la función simbólica que cumple el pene. El falo como significante de la falta en el Otro, cumple la función esencial de ser un regulador del goce bajo la forma de la castración, constituye una captura y una limitación del goce por el significante. El falo simbólico implica una doble función en cuanto al goce: prohíbe y negativiza el goce primordial de la madre, e instaura un goce fálico regulado por la ley simbólica. La operación fálica en tanto operación significativa, es la que produce la transformación del órgano en un instrumento, un instrumento que permite el intercambio con el otro sexo. Siguiendo a López (2003):

“El niño debe renunciar a casarse con la madre, para casarse con el falo, es decir, con un símbolo del objeto perdido. Pero ¿Qué sucede cuando el sujeto se niega a contraer este casamiento y exige la continuidad del “otro goce”? Su “aflicción” lo lleva a la búsqueda de diferentes formas de satisfacción narcisística, entre ellas, la droga, como técnica para romper este compromiso o casamiento simbólico”. (López, 2003, p.64)

“Casarse” con el falo implica para el sujeto asumir no sólo su propia falta sino también la falta en el Otro: que el Otro desee supone su incompletud, su limitación. “Romper el casamiento” implica entonces una ruptura con el Otro y un rechazo de la función del falo como obstáculo a la relación sexual, para hacerla existir más allá del goce fálico. Siguiendo a Naparstek en “Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo” (2008) en el plano del puro autoerotismo, del pene real, se trata de una satisfacción que Lacan llama goce real, que no se encuentra anudada al falo y, en consecuencia, podría no pasar por el cuerpo del Otro.

Entonces aquí cabe distinguir el goce fálico, que es aquel regulado por la metáfora paterna o el Nombre del Padre, que permite sustituir los objetos del deseo y obtener así un goce regulado, social. Se trataría en las toxicomanías de retornar a un goce autoerótico, propio del onanismo, sin los límites propios del campo fálico. En este sentido, Korman (1995) plantea que ante la insuficiencia o fracaso de la función paterna se produce un déficit en el cumplimiento de los efectos de la castración respecto a los modos de satisfacción pulsional. Y a su vez, agrega:

“La castración atenta contra el autoerotismo imponiendo el predominio del goce fálico: la síntesis pulsional fálica, prerequisite para el establecimiento de la triangularidad edípica y del complejo de castración, supone el viraje de la pulsión desde el auto al heteroerotismo. Cabe pensar que estas importantes transformaciones de la dinámica psíquica, y de la pulsional en particular, no siempre se realizan a la perfección, y menos si el tránsito edípico se vio entorpecido, situación frecuente en el pre-adicto. La estructura subjetiva queda marcada por la presencia de importantes remanentes autoeróticos en la vida pulsional y en el circuito narcisista”. (Korman, 1995, p. 144)

Seguendo a López (2003) la ruptura con la castración no implica que el sujeto no haya alcanzado el estadio propio del complejo de castración, sino que como producto de la fragilidad de esta operación simbólica, la angustia conlleva un estado de tensión que solo puede ser reducido o atenuado mediante la intoxicación.

Se puede plantear, retomando las ideas de los autores contemporáneos, que la tesis lacaniana de la ruptura con la castración retoma la idea freudiana de la masturbación como adicción primordial y la específica con su concepto de goce, un goce autoerótico, narcisista, que prescinde del Otro y produce una detención del deseo del sujeto.

A su vez, la droga le ahorra al sujeto un cuestionamiento doloroso, sobre su propia posición y sobre su falta, es decir, lo intolerable de la castración.

Por lo tanto, al hablar de la causa de las toxicomanías nos remitimos a una estructura psíquica incapaz de soportar la abstinencia estructural, la falta de objeto constitutiva y en la cual hay una tendencia a la satisfacción que opera “por cortocircuito” a través del rechazo a la función del significante falo y la evitación de la castración.

# **CAPÍTULO II**

## **LAS TOXICOMANÍAS Y EL IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIALES EN LA SUBJETIVIDAD ACTUAL**

Si bien planteamos la causa de las toxicomanías a nivel de la estructura psíquica del sujeto, la constitución subjetiva es indisociable del contexto que se desarrolla. Para enmarcar esta problemática, tenemos que referirnos a la relación del hombre moderno con los objetos de consumo, incluidas las drogas. Los grandes cambios operados por los procesos de globalización del mercado en el marco de lo que se ha dado en llamar posmodernismo han transformado el espacio simbólico cultural donde la subjetividad se estructura. Por lo tanto, en este capítulo nos proponemos identificar los aportes de autores contemporáneos del psicoanálisis que señalan una relación entre las toxicomanías y factores sociales actuales

*El malestar en la cultura y los tóxicos como quitapenas*

En el capítulo anterior situamos la falta de objeto constitutiva como aquello imposible de soportar en las toxicomanías. La dimensión de la falta, como carencia respecto al objeto de satisfacción, es una condición inherente al ser humano, se trata de aquella renuncia pulsional, situada por Freud, que el sujeto debe realizar en pos del acceso a la cultura.

Freud en su escrito “El malestar en la cultura” de 1929 plantea que el sufrimiento es inherente a la vida misma. Este amenaza desde tres lados: desde el cuerpo propio; desde el mundo exterior, con aquellas fuerzas de la naturaleza que no es posible controlar; y por último, los vínculos con otros seres humanos, quizá la principal fuente de dolor.

Luego plantea la relación entre el consumo de tóxicos y el malestar cultural: para soportar la exigencia cultural de renunciar a toda demanda pulsional, agresiva, en pos de la conservación de la vida en sociedad, el hombre recurre a lo que Freud denomina como “quitapenas”, entre ellos, las sustancias embriagadoras o narcóticos, con los cuales es posible sustraerse de la realidad y refugiarse en un mundo propio. En palabras de Freud:

“Tal como nos ha impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles. Para soportarlo, no podemos pasarnos sin lenitivos. Los hay quizá de tres especies: distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que la reducen, narcóticos que nos tornan insensible a ella.” (Freud, 1929, p. 3024).

El modo de soportar esa carencia estructural dependerá de los recursos simbólicos que cada sujeto posea para producir sustituciones metafóricas del objeto. Freud sitúa una

serie de objetos entre los cuales menciona: las poderosas distracciones entre las que podemos ubicar al arte, la actividad científica, el amor, ilusiones respecto de la realidad, pero que resultan efectivas psíquicamente. Como formas de satisfacción sustitutiva se pueden pensar los recursos propios de la neurosis de transferencia: síntomas, lapsus, sueños, chistes. Pero no todos los sujetos cuentan con estas posibilidades y algunos recurren a un método más tosco como lo es la intoxicación.

Freud plantea que los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre el organismo y modificar su quimismo:

“El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación, es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya comprendido su mecanismo, pero es evidente que existen ciertas sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre o en los tejidos nos proporciona directamente sensaciones placenteras, modificando además las condiciones de nuestra sensibilidad, de manera tal que nos impiden percibir estímulos desagradables.” (Freud, 1929, p. 3026)

Pero a su vez Freud advierte sobre el aspecto negativo de la intoxicación: el hecho de que los tóxicos permiten escapar de la realidad y refugiarse en el mundo propio, logrando cierta independencia frente al mundo exterior, puede entrañar también su nocividad al poder transformarse en una “intoxicación crónica”. Este aspecto es resaltado por Sylvie Le Poulichet (1996) quien retoma la idea de Derrida sobre la propiedad del farmakon de ser remedio y veneno a la vez.

#### *El nuevo malestar en la cultura*

Se puede pensar que el consumo de sustancias tóxicas atraviesa toda la historia de la civilización, sin embargo, en función del contexto socio-histórico varía el modo subjetivo de consumo.

Fabián Naparstek (2008) sitúa tres momentos históricos respecto al uso de drogas. En el primer momento histórico, el uso de las drogas se encontraba asociado a la cultura, la religión, la ideología, y de ese modo su consumo guardaba una significación. En miles de años el consumo de drogas no implicaba la presencia de una patología como la existencia de la toxicomanía. El segundo momento se inicia a fines del siglo XIX y comienzos del XX, es el período del malestar en la cultura que Freud describió en su obra y en donde comienza a

instalarse la idea de la dependencia de la droga, principalmente respecto al alcohol, aunque regulada por la ley y sus instituciones. Finalmente, se encuentra la época contemporánea denominada por J.-A. Miller como la época de la “inexistencia del Otro”, en donde se perfila una toxicomanía generalizada, un modo de satisfacción masivo para todos por igual, borrando las diferencias. Una época donde prima el goce del consumo propuesto por el mercado capitalista y que ha traído sus consecuencias respecto a las toxicomanías, instalando a los tóxicos como protagonistas de nuestra época.

En este sentido, Naparstek (2008) realiza una diferenciación entre el malestar en la cultura planteado por Freud y el presente malestar cultural: en la época de Freud la intoxicación constituía un fenómeno aislado, había un malestar inherente a la cultura y una serie de posibilidades para paliar ese malestar, el uso de los narcóticos constituía un modo más de enfrentarse a lo real. Caracteriza a dicha época como un período en el cual priman los ideales, hay cierta preponderancia del Nombre del Padre y se sostiene en el lazo con el Otro.

Respecto a la época actual, el autor afirma: “hay una tendencia que lleva a una respuesta única y globalizada, se trata de un goce unitario y para todos por igual, intentando barrer con todas las diferencias” (Naparstek, 2008, p. 26) Es el tiempo del consumo generalizado como supuesta y única respuesta al malestar, como solución universal en lugar de una respuesta singular, sin embargo hay una desconexión con el Otro.

Siguiendo esta perspectiva, antes de la caída del Estado benefactor, los ideales regulaban la forma de obtener satisfacción, mientras que hoy es el mercado quien todo regula. Los grandes cambios operados por los procesos de globalización del posmodernismo han transformado el espacio simbólico cultural donde la subjetividad se estructura. Esto trae consecuencias: una nueva sociabilidad que depende del mercado capitalista y consumista. Actualmente asistimos a una decadencia de toda ideología y a la ausencia de discursos sociales para hacer frente a lo real traumático. No hay creación de una cultura a partir del consumo de drogas como en los años 70 ya que no hay imaginario colectivo que le otorgue sentido, sino que la cultura de hoy, ofrece toda una serie de alternativas tendientes a colmar de felicidad y obturar el vacío. Esto permite pensar, que lo pulsional que predomina en las adicciones, no encuentra aquella mediación fantasmática que constituían en otra época los relatos compartidos o las metáforas discursivas.

De acuerdo a Somenzini (2005) nuestra época se caracteriza por la caída del Otro de la ley, aquel gran Otro encarnado por el Padre, quien permite el corte simbólico a partir de la

castración que inscribe al sujeto en el lazo social. Ese vacío dejado por el Otro, tiende a ser llenado con objetos de consumo en un intento de satisfacción autoerótica.

Donghi y Vázquez en “Las adicciones: una clínica de la cultura y su malestar” (2000) plantean que el nuevo malestar en la cultura entraña la idea de que la carencia estructural del sujeto es un vacío pasible de ser rellenado con objetos de consumo y que todo padecimiento puede ser resuelto por esa vía, mediante una satisfacción inmediata. En el contexto de la subjetividad de nuestra época, el fenómeno de las adicciones emerge denunciando no solo un sufrimiento personal sino también las condiciones del malestar de nuestra civilización.

#### *La ficción del hedonismo y el discurso capitalista*

El hedonismo fue una doctrina nacida en la antigua Grecia que sostenía que el placer era el único bien de la vida y por esa razón la conducta debía estar orientada a la búsqueda de ese ideal.

Eric Laurent en “Tres observaciones sobre la toxicomanía” (1997) sostiene que no es conveniente validar al hedonismo como tal ya que el mismo supone el ideal de que habría una medida posible de las relaciones del sujeto con su goce. Ese goce faltante no es contingente sino estructural, en palabras de Freud: “Toda persistencia de una situación anhelada por el principio de placer solo proporciona una sensación de tibio bienestar, pues nuestra disposición no nos permite gozar intensamente sino el contraste, pero solo en muy escasa medida lo estable.” (Freud, 1929, p. 3025.). La ilusión consistiría en creer que podría existir un ser sin pérdida y es en ese punto en el que se instala toda la seducción del discurso posmoderno interesado en ofrecer una infinidad de objetos tendientes a sostener ese espejismo.

Siguiendo al autor, hay dos maneras a través de las cuales el hedonismo contemporáneo encuentra sus límites: en primer lugar, la satisfacción de la pulsión sin interdicción, sin el límite dado por el falo, que es una función que introduce la falta, como aspiración a un goce sin límites, más allá del principio del placer. El hedonismo es la otra cara de la pulsión de muerte, porque es la vertiente del empuje al goce más allá del principio del placer. El límite del hedonismo es la muerte misma. La otra manera es el amor, en la medida en que el amor introduce la falta, un vacío, y que localiza en el Otro el objeto que falta.

Siguiendo a Laurent (1997), en el contexto del imperativo de goce ilimitado, los adictos pretenden sortear las imposibilidades propias de la constitución subjetiva, tanto en la vertiente del deseo como la del goce, a través de la ingesta.

Staupe en “Las adicciones y la pasión por la ignorancia” (2007) plantea que lo que distingue el discurso capitalista es el rechazo de la castración, fuera de todos los campos de lo simbólico. En este discurso, el acto adictivo se constituye en un recurso que busca ser eficaz como un modo no simbólico, extremando la prolongación del goce por fuera de la castración.

En el mismo sentido, Sinatra en “El toxicómano es un sinvergüenza” (2008) plantea que el psicoanálisis descubre que los objetos de consumo se introducen en el punto de la falla estructural del sexo; y desde allí ofrece modos de gozar. Luego retoma lo planteado por Lacan hacia el final de los años '60 cuando escribió el discurso capitalista: Lacan llama rechazo de la castración al rasgo decisivo de la subjetividad posmoderna, rasgo que fundamenta la modalidad discursiva del capitalismo. La promoción de un sujeto sin marcas, situado como agente de la operación, para quien todo se habría vuelto posible.

#### *El “toxicómano” como signo de la época*

E. Sinatra (2008) plantea que en el estado actual del capitalismo:

“El toxicómano adviene como un signo que define la época: él es el partenaire-síntoma del capitalismo postmoderno. Él es quien, por excelencia, no se avergüenza de su goce, es aquel que lo muestra hasta el extremo de inventarse un ser a partir de una nominación que le viene como anillo al dedo desde el Otro social para seguir gozando en el autismo tóxico” (Sinatra, 2008, p. 5).

Siguiendo al autor, “ser” adicto se transforma en una respuesta eficaz para detener por un tiempo la verdadera pregunta por la existencia, que se revela como angustia. Dicho nombre tiende a reforzar la creencia de la existencia de un consumo normal, un adicto no es aquél que ha perdido el control en el consumo, ni aquél que ha perdido la voluntad, sino un sujeto que ha renunciado a responder por las consecuencias de sus actos y a preguntarse si existe otra voluntad que no sea la de obedecer el deber de consumir.

En *¿Todo sobre las drogas?* (2010) Sinatra da cuenta de la relación entre la toxicomanía generalizada, la función del tóxico y la soledad globalizada. El empuje a la

toxicomanía generalizada, que se localiza como caracterizando a nuestra actualidad, encuentra su complemento ideal en el empuje al olvido generalizado articulado con el goce de la destrucción. Va acompañada de una soledad generalizada: el goce del toxicómano se vuelve cada vez más solitario, la toxicomanía da cuenta de un tipo de consumo que está por fuera de todo lazo con el Otro, constituyendo más bien un goce autista.

*Las toxicomanías como una nueva presentación del síntoma.*

El malestar en la cultura es la consecuencia de que la civilización se edifica sobre la renuncia a lo pulsional, por eso la represión como mecanismo está siempre ligada al origen de la cultura. Pero la represión nunca es totalmente exitosa y da lugar a la clínica del retorno de lo reprimido como síntoma. Los llamados “síntomas clásicos” son aquellos derivados de la represión y del retorno de lo reprimido, desencadenado como resultado del conflicto entre los ideales del sujeto y los goces imposibles de asumir, por el retorno de aquello pulsional que se resiste a someterse al ideal y a la cultura.

Hasta aquí hemos caracterizado a la sociedad actual como una sociedad atravesada por el declive de la función de los ideales, esto da lugar a una nueva clínica en la cual se sostiene que las expresiones sintomáticas varían en base a los fenómenos ligados a la globalización. Autores contemporáneos sostienen que los síntomas clásicos han dejado su lugar a los síntomas sin conflicto, a los síntomas mudos que no hacen demanda, entre ellos, las toxicomanías.

En ese sentido, Pujó en “Patología de época” (2003) caracteriza a nuestra época como una singular patología en sí misma y, a su vez, afirma que las patologías expresan algo de la época. En nombre del mercado, el goce es proclamado como un ideal y las redes simbólicas que albergan al sujeto en el seno de una sociedad se debilitan. El sujeto queda expuesto a la experiencia del sinsentido y por ello, esas condiciones adquieren un carácter traumático. Lo que caracteriza al sujeto contemporáneo es el divorcio del Ideal, se puede prescindir del Ideal al igual que se puede prescindir del Otro y entrar en una relación directa con el objeto. Por ello hay un repliegue de los sujetos hacia el narcisismo y la relación con el Otro se torna instrumental, el Otro es intercambiable como el objeto, lo cual se ve acentuado por el recurso a los tóxicos, que pueden proporcionar al sujeto una satisfacción que cortocircuita el rodeo por el otro sexo.

Stauder en “La drogadependencia y el psicoanálisis” (2001) plantea que los efectos del consumo en la sociedad actual han dado origen a tres dimensiones o sentidos del

síntoma: el síntoma social, el síntoma médico y el psicoanalítico. En principio, sitúa a las toxicomanías en la primera dimensión, como un síntoma social, en tanto constituye un indicador del malestar en la cultura. Los sujetos adictos suelen ser portavoces “silenciosos” de un síntoma social y afirman su posición subjetiva en un antagonismo o desinterés respecto de las normativas sociales.

El autor califica a las adicciones como un “síntoma prêt-a-porter”: se trata de una nueva envoltura formal, un recurso frente a las demandas del Otro, como una solución ya encontrada cuando no hay otras soluciones. Se trata de una envoltura ofrecida por el entorno social como remedio identificatorio y de lazo social pero que no tiene historia significativa que lo sostenga. En otras palabras, el síntoma prêt-a-porter, intenta solucionar un déficit constitucional y apela aquello que la cultura y lo social le ofrecen ya listos para usar.

Siguiendo al autor, las toxicomanías permiten ocultar la existencia de síntomas que angustian o perturban porque ponen en evidencia la división subjetiva. Se trata más bien de un “máscara” armada por impostaciones yoicas y efectos de la droga, utilizable como recurso aunque no ofrezca igual estabilidad y consistencia que el síntoma. En general no se trata de una formación de compromiso sino de ruptura con las condiciones contractuales del goce fálico. Esta nueva época estaría signada por un mandato de goce sin límites, lo que llevaría a nuevas configuraciones del síntoma, como son la toxicomanía, la anorexia, la bulimia, etc.

En la misma línea de pensamiento, encontramos a M. Recalcati en “Clínica del vacío” (2003), quien incluye a las toxicomanías dentro de lo que él denomina como la “Clínica en la época del Otro que no existe” o “Clínica del vacío”. Dicha clínica parece configurarse no ya centrada en torno al deseo inconsciente del sujeto y a la clínica del sujeto dividido. Los nuevos síntomas carecen de un carácter metafórico, enigmático y cifrado, están centrados en la consistencia narcisista del sujeto, con prácticas de goce que se desligan del intercambio con el otro sexo. No se trata de un síntoma como formación de compromiso sino de la angustia, en la experiencia de un vacío que ya no es manifestación de la falta en ser sino de la ausencia de deseo. Como consecuencia de la crisis del Otro de la Ley y de los ideales, se debilita el corte simbólico que inscribe al sujeto en el lazo social a partir de la castración. La época contemporánea expone al sujeto a la ausencia de un compromiso simbólico con el Otro, conlleva una desconexión entre el sujeto y el Otro.

Siguiendo a Recalcati en “La cuestión de la época en la que el Otro no existe” (2004), los nuevos síntomas se configuran como efecto tanto del discurso capitalista (promoción del objeto-gadget como solución de la “privación del ser”) como del discurso de la ciencia (promoción del saber especializado y producción industrial de droga), los cuales operan produciendo la expulsión del sujeto del inconsciente.

Específicamente en las toxicomanías, el autor sostiene que la “ilusión de dominio” en el acto de consumir termina degradándose en una forma de dependencia alienante. La función de la droga es la de ser un mero obturador del vacío, en un intento de defensa de un vacío vivido como una inercia y anti-deseo absoluto.

Otros autores como Barrionuevo (2010) incluyen a las toxicomanías dentro de las denominadas “patologías del acto”. Los cambios sociales han modificado la clínica dando lugar a las patologías del acto: impulsiones y adicciones. Ante la imposibilidad de encontrar un sostén simbólico frente a la angustia aparecen dos soluciones: la inhibición-depresión o las patologías del acto, por la vía de actuar y no del pensar. Por lo tanto, en estas nuevas patologías, las dos formas principales de evitar la angustia serían la inhibición y la descarga motriz, la descarga sin represión. En este caso, las toxicomanías estarían más próximas a lo que denominamos “acting out” o “pasaje al acto” que a constituir una nueva presentación del síntoma.



**CAPÍTULO III**

**FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE**

**LAS TOXICOMANÍAS**

Desde la teoría psicoanalítica, podemos diferenciar el consumo de tóxicos de las toxicomanías, en la medida en que en esta última suponemos una operación inconsciente, la denominada por Sylvie Le Poulichet “Operación farmakon” y un mecanismo inconsciente de “cancelación tóxica” propuesto por Héctor López, que determinan la función del tóxico en la economía psíquica del sujeto.

#### *La operación farmakon*

Sylvie Le Poulichet en su libro “Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo” (1996) define a la “operación farmakon” como el acto específico que crea la toxicomanía, más allá del consumo de drogas, al considerar que la droga se transforma en tóxico cuando asume un lugar determinado en el psiquismo. La autora toma el concepto “farmakon” de Derrida, quien analiza sus características inspirado en un comentario de Platón a Fedro, en el cual compara el medicamento con la escritura: así como la escritura pone el texto en letargo y sustituye la “mnesis” por la “hipomnesis”, el medicamento hace varias veces de “suplente físico de lo psíquico ausente”. Platón subraya esas potencias ocultas, engañosas, que actúan en su doble faz: remedio y veneno.

A partir del discurso de sus pacientes en estado de abstinencia, la autora deriva una primera formulación sobre la *operación farmakon*: su ausencia evoca una forma de mutilación, una falta que cobra el valor de una lesión corporal. Así, durante la abstinencia se crean las condiciones de una percepción alucinatoria próxima a la del “miembro fantasma”. La metáfora del miembro fantasma permite representar la falta de tóxico, en el tiempo de la abstinencia, como un órgano ausente y doloroso. La creación de un órgano implica una autonomía relativa a un circuito pseudo pulsional, ya que un trayecto pulsional forjaría el pasar por el Otro. El cuerpo parece omnipresente ya que no lo vela ni la palabra ni las representaciones y la palabra parece desplazada por una presencia alucinatoria del cuerpo, que requiere una anestesia del dolor para restablecer un estado de homeostasis.

A partir de aquí, Le Poulichet (1996) sitúa dos dimensiones de la operación del farmakon: lo alucinatorio y el dolor. Respecto a la primera dimensión, el farmakon adquiere el estatuto de un órgano que al ser restituido, restablece la ilusión de un narcisismo absoluto. La operación del farmakon opera ante la efracción mediante un repliegue narcisista, engendrando una especie un retiro de las investiduras del mundo exterior y un estado de semivigilia. La noción freudiana de efracción implica una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes, se trata de conservar en la vida despierta una forma de percepción

alucinatoria como en el sueño, bajo la protección de una narcosis. Esta “errancia sonámbula” se presenta como una experiencia de abolición de la temporalidad, lo intolerable de la abstinencia sería la irrupción de una discontinuidad. Cuando el psiquismo solicita un estado ideal de inercia, toda clase de excitaciones adquieren el valor de efracciones.

Respecto al dolor, la autora realiza una revisión del concepto en las obras de Freud para precisar su estatuto. En “Más allá del principio de placer” (1920), plantea que el dolor surge a partir de la perforación de la protección antiestímulo, no lo sitúa dentro de los límites de la polaridad placer-displacer, ya que no se reduce un simple aumento de tensión correlativo a la investidura de una huella mnémica o de una percepción, causas de displacer. En “La represión” (1915) Freud afirma que cuando la tensión provocada por la insatisfacción de una moción resulta excesiva, otros medios de defensa deben intervenir. El dolor parece presentarse como un imperativo respecto del cual sólo hay dos operaciones posibles: la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica. El tratamiento del dolor ya no responde al proceso de la represión sino que solicita, por ejemplo, una cancelación tóxica, cuya primera referencia se sitúa en “Sobre la Cocaína” (1884), en donde Freud destaca la acción del tóxico en la cancelación del dolor corporal.

El origen del dolor se encuentra en que el mismo sobreviene en un momento en que todavía no se ha introducido la dimensión de la ausencia. En este sentido, Freud considera al dolor como la genuina reacción frente a la pérdida del objeto, cuando se revela la falta constitutiva del sujeto. Así, ante el dolor, el tóxico puede presentarse como una respuesta inmediata que engendra un repliegue narcisista, en un intento de autoconservación. Una “cancelación tóxica” convoca una forma de goce, más acá de una dialéctica de la necesidad, del deseo, de la demanda y de la falta, en tanto el tratamiento del dolor narcisista no recurre al rodeo del Otro.

Por lo tanto, la operación *farmakon* implica un tratamiento del dolor, en palabras de la autora:

“La operación del *farmakon* representa una ‘cancelación tóxica’ del dolor y una restauración de un objeto alucinatorio. Sobreviene entonces como una respuesta a la falta de elaboración del cuerpo, que evoca, según las diferentes toxicomanías, una perturbación del narcisismo, o, como después lo veremos, una falta de elaboración del cuerpo pulsional, ligadas ambas

directamente a una insuficiencia de la función simbólica” (Le Poulichet, 1996, p. 67).

Siguiendo a Le Poulichet (1996), el carácter paradójico del farmakon, el hecho de ser a la vez remedio y veneno, encuentra su manifestación clínica en un principio de reversibilidad registrable en el discurso. La operación del farmakon implica el principio de reversibilidad presente en las toxicomanías, que puede adquirir tres formas: en primer lugar, una reversibilidad entre lo psíquico y lo orgánico, la sustancia tóxica es investida como una función psíquica a la manera de una psique-órgano. Una particularidad de la operación del farmakon sería su acondicionamiento como prótesis psíquica cuando se instrumentaliza en su relación con el cuerpo. Un segundo tipo de reversibilidad se registra entre un afuera y un adentro, que se manifiesta en el origen de las formaciones alucinatorias y de las manifestaciones dolorosas: elementos del mundo exterior que son presentados como prolongaciones del yo y, a la inversa, los pensamientos pueden encontrarse manifestados por los elementos exteriores. Por último, una reversibilidad relativa a la relación entre cuerpo y lenguaje, la operación estaría dotada de un poder de borradura o de disolución de las huellas implicadas por una cadena de lenguaje y una forma de desaparición del sujeto. Ese poder de borradura no obedece a la represión, sino a una supresión tóxica que se consume en una dimensión alucinatoria: el cuerpo ya no parece velado por las representaciones, se convierte en un exceso de cuerpo librado a lo alucinatorio fuera de todo marco simbólico, en tanto tentativa de anular artificialmente su corte constitutivo. A su vez, conlleva una desaparición del deseo, en virtud de que el cuerpo ya no es elaborado dentro de la articulación de los significantes.

*El mecanismo inconsciente de las toxicomanías: la cancelación tóxica*

El mecanismo de cancelación tóxica como tratamiento frente al dolor mencionado anteriormente por Sylvie Le Poulichet (1996), es retomado por Héctor López (2003) para explicar los fundamentos inconscientes de las adicciones.

El primer antecedente remite a 1884, allí Freud puso en evidencia ciertas propiedades de la cocaína en el escrito “Über Coca” (Sobre la cocaína) donde encuentra la propiedad anestésica de la cocaína sobre las afecciones dolorosas. El descubrimiento de estos efectos a nivel corporal es mencionado como cancelación del dolor y en esta primera formulación el tóxico adquiere una función primordial de defensa.

López (2003) retoma lo planteado por Freud en “El malestar en la cultura” (1929), en donde afirma que para alcanzar la felicidad le quedan al sujeto dos recursos: desconocer el límite que el dolor impone a la felicidad o conformarse con algo más modesto: la defensa o cancelación del dolor mediante algún lenitivo.

El término “cancelación”, proviene del latino *cancelli-orum* (barrera, límite). Esta idea de cancelación de un dolor, de una defensa, implica situar el problema de la adicción en una dimensión que no funciona según la lógica del significante, sino según su indecibilidad en lo real.

López (2003) sostiene que el ser humano vive en un estado de “abstinencia” con respecto al goce, ya que es una condición estructural y universal como tributo a la cultura. La solución para esta insatisfacción requiere de algún tipo de adicción: a objetos reales (sustancias químicas) o a objetos imaginarios (fantasías repetitivas, ficciones artísticas, etc.). En función de esta consideración, plantea como hipótesis que “no es la adicción a las drogas la que produce, ante su falta la abstinencia, sino que es la abstinencia como falta estructural del objeto, la que produce necesariamente un objeto adictivo como suplemento” (López, 2003, p.35).

El autor, retoma la idea del aparato psíquico como una vesícula, planteado por Freud en “Más allá del principio de placer” (1920), para explicar el origen del dolor. La vesícula freudiana funciona regulada por el principio de placer en una labor constante para ligar la energía libre de la pulsión. Por un lado, encontramos una tendencia pulsional primitiva que pretende una satisfacción directa que rechaza la ligadura, por otro lado, el aparato psíquico no soporta una satisfacción por fuera de los límites del principio de placer-displacer, de allí se desprende su imposibilidad estructural. Es allí donde se sitúa como causa del dolor un exceso de carga no ligada, que al atacar los bordes de esa vesícula produce un traumatismo, la pulsión revela su condición traumática que anuda el goce al dolor. El trauma implica entonces una destrucción de las barreras defensivas por estímulos masivos externos y por estímulos internos como las pulsiones, en tanto son exteriores a la organización de la vesícula. Ante el dolor es necesario recurrir a una defensa que sirva como refuerzo de los bordes de la vesícula e impidan su ruptura traumática, dependiendo de los recursos psíquicos con los que cuente el sujeto. Frente esta ruptura traumática es donde Le Poulichet (1996) ubica la operación *farmakon* como un tratamiento del dolor, ante la efracción, el tóxico permite un repliegue narcisista y la restauración de un objeto alucinatorio.

Es frente a un corto-circuito del aparato psíquico, consecuencia de un impase psíquico, que el sujeto apela a otro tipo de regulación como la toxicomanía. A su vez, esta urgencia en la cancelación del dolor, es uno de los elementos clínicos que diferencian el mecanismo presente en la adicción del mecanismo neurótico: allí donde el adicto toma el atajo de la cancelación tóxica recurriendo a la sustancia, el neurótico tolera el desvío que va del sujeto al Otro por los carriles de la demanda, es decir, se dirige al Otro.

Por lo tanto, el dolor constituye la forma en que se experimenta la ruptura traumática de las defensas y la invasión de lo real del goce:

“En la intoxicación con sustancias, se trata de una urgencia por cancelar el dolor del trauma pulsional. Dolor y cancelación química son términos complementarios que se reclaman uno al otro, a tal punto que podemos deducir que el problema del adicto es el dolor, por el mecanismo que emplea como defensa: la cancelación” (López, 2003, p.146).

Siguiendo a López (2003), la cancelación toxica cumple una doble función: además de una primera función cancelatoria, una segunda que denomina “restitución funcional”. Si como defensa cancela el dolor, como suplemento impulsa la actividad de la fantasía en un intento de ligadura que transpone en parte el goce pulsional a lo placentero del fantasma. La fantasía cumple también una función de defensa ante una experiencia de goce, que no tramitada fantasmáticamente se convertiría en fuente de angustia para el sujeto.

No obstante, esta operación tiene sus límites, ya que cuando se trata de recursos primitivos como la intoxicación, resulta imposible hacer pasar toda la excitación pulsional por el “parque natural” de la fantasía, como consecuencia queda libre un resto irreductible. Es en éste resto donde reaparece inevitablemente el dolor e impulsa a nuevos actos compulsivos de cancelación, en la medida en que ha dejado intacta su causa real-pulsional. Por lo tanto, si el mecanismo de la cancelación llevaba del goce a la posibilidad de un pseudo-fantasear, su fracaso retorna a la imposibilidad de ligadura fantasmática del goce: la expulsión del paraíso artificial de la droga y la irrupción de la alucinación terrorífica. De allí que el autor plantea:

“En la experiencia de la intoxicación, la más empobrecida de las soluciones fantasmáticas, esta reaparición del dolor no solo es ineludible sino que se produce masivamente al cesar el artificio químico. Debemos hablar no de fantasma, sino de pseudo-fantasma” (López, 2003, p.149).

López (2003) ilustra el circuito del mecanismo de cancelación tóxica: la secuencia comienza a partir del trauma en el aparato psíquico (goce pulsional) que produce el dolor, este dolor es suprimido mediante la operación de cancelación tóxica, la intoxicación induce la posibilidad de una pseudo fantasía (parque natural), que actúa como un artificio químico para ligar lo pulsional, manteniendo al aparato psíquico dentro del principio de placer durante el tiempo que dura la acción del tóxico. Sin embargo, ese resto irreductible reaparece amenazante desde lo real alucinatorio, dando lugar a lo que el autor llama “giro a la pesadilla” o “mal viaje”, donde la fantasía fracasa y no logra velar la angustia ante la invasión pulsional. Este momento marca el punto final del proceso que augura la repetición de todo el ciclo.

Por último, el autor sitúa la cancelación como mecanismo específico de las toxicomanías, en el marco de una estructura mayor que la incluye: el Complejo de Castración, donde el falo cumple una función central. La ilusión del adicto es la unión donde sujeto y objeto se confundirían, sin ese obstáculo que es el falo. La cancelación opera sobre la realidad, entendida como una realidad atravesada siempre por el deseo del Otro, por la castración. Por lo tanto, la operación que pone en juego la toxicomanía implica una huida ante el deseo del Otro, un Otro a cuya inconsistencia, el sujeto responde con la consistencia de la droga.

#### *El lugar del deseo y el goce en las toxicomanías*

El sujeto desde el momento en que nace se sumerge en un mundo de lenguaje. Se constituye en sujeto humano, escindido, barrado, atravesado por la falta. Algo se ha perdido en ese encuentro con la lengua, algo que motoriza al sujeto a la realización de su deseo, que no será nunca satisfecho.

Siguiendo a Le Poullichet (1996) el montaje del fantasma es una construcción que permite acomodarse a la pérdida del objeto y constituye una respuesta del sujeto al enigma del deseo del Otro, taponándolo parcialmente con imágenes. El fantasma viene a poner en escena el deseo inconsciente y el sujeto encuentra en él, el marco dentro del cual organiza su relación con los objetos.

La constitución del fantasma como un modo de responder al enigma del deseo del Otro, abrirá la vía al goce fálico en tanto marcado por la castración. Si la falta opera, la vertiente deseante está preservada, si la falta llega a faltar, no hay lugar para el deseo y

aparece la angustia. La autora plantea que en el adicto, el fantasma fracasa parcialmente en organizar la realidad, porque no opera el enigma del deseo del Otro.

En ese sentido López (2003) plantea que la irrealidad que introduce el tóxico, es un efecto que posibilita organizar precariamente el nivel de una mediación fantasmática vacilante ante lo real traumático, como ya lo mencionamos anteriormente, se trata de un “pseudo-fantasma”.

Este real traumático (lo indecible) que amenaza al sujeto tiene en una dimensión de goce que es necesario neutralizar o cancelar para que el principio del placer retome momentáneamente la dirección de las satisfacciones del sujeto. Si en el adicto hablamos de un fantasma precario, este deberá sostenerse mediante otros recursos, la creación de un artificio químico como lo es la intoxicación. Sin embargo, este recurso no pasa por lo simbólico sino que constituye un tratamiento “de lo real por lo real”.

Mientras que algunos autores plantean que el adicto “goza” de la droga, López plantea que mediante el mecanismo de cancelación tóxica, lo encontrado no es el goce sino la reducción de la tensión angustiosa.

“Solo psicológicamente, es decir, por identificación con el yo del adicto, puede definirse a la intoxicación como una experiencia de goce, pues, desde el psicoanálisis, resulta por el contrario una defensa contra el goce, y un intento, a medias exitoso, de interponer una barrera química contra la invasión de la angustia” (López, 2003, p.30).

Siguiendo al autor, si se sostiene que hay goce en la intoxicación como experiencia subjetiva, esta se reduce a la actividad placentera de un fantasear producido en forma inmediata, automática, que finaliza al cesar el efecto químico.

“El psicoanálisis nos ha enseñado, a partir de Lacan, que la presencia de goce, cuando el muro del lenguaje tiende a derrumbarse, está muy lejos de lo placentero, y que más bien confina con el dolor. Por lo cual deberemos orientarnos hacia el dolor, si queremos saber de qué goce se trata en las toxicomanías” (López, 2003, p.141)

En “Psicoanálisis y medicina” (1967), Lacan realiza la distinción entre el goce y el placer:

“¿Qué se nos dice del placer? Que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, la tempera más, por lo tanto aquello que nos detiene necesariamente en un punto de alejamiento, de distancia muy respetuosa del goce. Pues lo que yo llamo goce, en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada” (Lacan, 1967, p.95).

Tomando esta concepción de goce, la conclusión paradójica que se obtiene es que la droga va contra el goce, ya que en el nivel del goce es donde comienza a aparecer el dolor. Por lo tanto, el adicto no recurre a la droga en búsqueda de una experiencia de placer sino que intenta con la droga anteponer una barrera al goce, cuando fallan los mecanismos del principio del placer.

*Los montajes de las toxicomanías: suplencia y suplemento*

Sylvie Le Poulichet (1996) propone dos presentaciones y montajes de las toxicomanías: como suplencia y como suplemento, en función del lugar que el tóxico viene a ocupar en el psiquismo mediante la operación farmakon. Ambas dimensiones pueden comunicarse entre sí y no se excluyen. Respecto a las estructuras clínicas, las toxicomanías de suplencia y las de suplemento, no pueden homologarse a un uso psicótico y neurótico del farmakon, dado que un montaje de suplencia no excluye la intervención de una dimensión de suplemento.

Respecto al montaje de suplencia, la autora sostiene que las toxicomanías se establecen en el registro de una radical suplencia narcisista, se requiere suplir constantemente ante el desfallecimiento del Otro en cuanto tercero, la insuficiencia de una instancia simbólica, es decir, del Padre. Esta insuficiencia impacta en el cuerpo, se trata de un cuerpo que no ha podido quedar suficientemente velado, borrado y asumido por un Nombre que lo representa ausentándolo. El cuerpo ha quedado a la deriva, ya no se puede descansar en él, no puede delegar a un Padre el cuidado de su autoconservación. La autora atribuye al cuerpo la noción de una “máquina”, de allí que el sujeto se supone un mecánico o relojero que debe brindarle un tratamiento a su cuerpo, es necesario vigilar sin descanso la máquina. En este caso, la operación del farmakon aparece como una tentativa de suspensión

del tiempo, la narcosis es un tratamiento que le asegura una continuidad para un cuerpo que no se habría perdido. El cuerpo sería la sede de un saber incógnito cuando algo real es excluido, esto permite ocuparse de otra cosa: del deseo. En este caso, el sujeto aparece exiliado de su deseo, como si el Otro no garantizara ya que el cuerpo fuera recubierto por la palabra. El cuerpo no está anudado a una cadena significativa sino que se encuentra suspendido del cuerpo de Otro, un Otro que se sostiene con esta "ofrenda".

Por lo tanto, el cuerpo ha quedado parcialmente suspendido del cuerpo del Otro primordial, en tanto este último se ha manifestado como no faltante. Así la toxicomanía: "No se trata como en la constitución del síntoma, de una respuesta al enigma del deseo del Otro, a la falta del Otro, sino de una respuesta que se organiza frente a un demasiado-lleno del Otro primordial" (Le Poulichet, 1996, p.130). En estos casos, el fantasma parece fracasar parcialmente en organizar la realidad porque el enigma del deseo del Otro no puede operar. En este caso podemos pensar a las toxicomanías de la suplencia como un llamado al Padre.

Cuando la demanda del sujeto no ha podido elaborarse en los significantes, se produce una apertura sobre lo real, una hiancia. Allí la función del tóxico consiste en una tentativa de ligar, de cerrar algo del cuerpo o detener una hemorragia, constituyendo una formación narcisista que intenta anteponer una barrera a ese goce.

No obstante, este desfallecimiento de la metáfora paterna no es indicador de una psicosis. En la neurosis, se trata de un proceso diferente del que se manifiesta en ciertas psicosis, en las que el cuerpo entero es objeto del goce del Otro, aquí se trata de una apertura o hiancia parcial. La suplencia intenta aquí remediar una parcial apertura al goce, aunque en ese lugar sea desbordante. El tóxico implica allí un goce circunscripto que protege de otro goce más radical.

Sergio Staude en su artículo "Las adicciones: el fracaso del síntoma" (2011) retoma lo planteado por Le Poulichet y afirma que se recurre a la droga como suplencia cuando se pone en riesgo la existencia misma, cuando peligra la autoconservación. Plantea que el ejemplo extremo de este recurso lo dan las psicosis, en donde la ausencia del Otro simbólico hace real al peligro: el de ser en lo real objeto de ese goce. La operatividad de la droga es buscada en estos casos, con el fin de cerrar los orificios del cuerpo bloqueando la intrusión del Otro.

Siguiendo a Le Poulichet (1996), otro tipo de montaje de las toxicomanías es el suplemento: allí el tóxico puede funcionar como una "anestesia" para el sufrimiento. Este

montaje funciona a la manera de una prótesis narcisista: se trata de formaciones narcisísticas que atraen y fijan imágenes, como suplementos que pretenden sostener la imagen narcisista. La toxicomanía pretende fijar una acomodación funcional e imaginaria a la falta. El tóxico funciona como un suplemento imaginario para intentar calmar la angustia causada por la falta, una falta que es imposible de colmar, en tanto es constitutiva del sujeto.

Este recurso surge ante la búsqueda de un suplemento fálico imaginario, del cual la persona carece. En este caso, el sujeto está preocupado por el encuentro de una insignia fálica y de un reconocimiento, que ha fracasado.

El farmakon sostiene en esta dimensión una forma de indecibilidad y un suspenso de los conflictos psíquicos anestesiando toda clase de sufrimiento, lo cual conlleva una detención del deseo como efecto de ésta narcosis. Aquí lo intolerable para el sujeto es la castración: el uso del tóxico le ahorra al sujeto, en este caso, un cuestionamiento sobre su propia posición como sujeto y sobre su falta.

En conclusión, el montaje de suplencia es un modo real de tratar el desfallecimiento del Otro; mientras que el de suplemento es la manera de fijar imágenes que aportan insignias fálicas y de suspender temporalmente los conflictos psíquicos, evitando la castración simbólica.

En el caso de las toxicomanías de suplemento, Staude (2011) destaca la paradoja de la posibilidad de una ruptura con el ordenamiento fálico sin que haya al mismo tiempo forclusión del Nombre del padre. Distingue el montaje adictivo en las estructuras neuróticas del mismo en las estructuras perversas. En el primer caso, la operación se pretende como un modo de lograr una prótesis narcisista o como un suplemento imaginario que permite sostener la insignia fálica y un reconocimiento, al precio de congelar el deseo. La droga sirve para mitigar el dolor y apuntalar esa impostura estructural que fracasa. En su lucha con la castración, el neurótico utiliza montajes adictivos con características transgresivas, donde alguien ubicado en el lugar del Otro resulta "impotente". En el montaje de las estructuras perversas, la transgresión mantiene una doble ilusión: se sabe sobre el goce y no se registra la hiancia del yo real respecto del ideal. Rehúye a la castración al precio de desconocer su deseo y el sometimiento a una adecuación fálica: el de ser un instrumento del Otro del goce.

*El lugar de las toxicomanías en las estructuras clínicas clásicas*

La castración es la operación que permite distinguir las tres estructuras clínicas clásicas del psicoanálisis, según el modo en que se tramita en cada una la marca de la operación del Nombre del Padre. En el caso de la neurosis, la represión es su mecanismo; en la psicosis hablamos de forclusión del Nombre del Padre y en la perversión, el mecanismo es la renegación de la castración.

Si la toxicomanía no constituye una estructura, se trata de saber cómo se articula la función del tóxico en cada estructura. El lugar de la operación farmakon en las estructuras clínicas constituye un aporte al momento de establecer una clínica diferencial y una dirección de la cura que tenga en cuenta la función del tóxico para esa estructura en particular y para ese sujeto en particular.

López (2003) realiza una diferenciación del mecanismo de cancelación atribuido a las toxicomanías, tanto de la represión, como de la renegación y de la forclusión. Esto no implica considerar la toxicomanía como una estructura clínica diferenciada, ya que como mecanismo puede afectar a una parte de la estructura y coexistir con alguna de las tres principales.

En el caso de la represión, este mecanismo obedece a la técnica del significante que permite construir un muro de lenguaje, simbólico, frente a lo real. En la cancelación, la inestabilidad de ese muro simbólico requiere que sea reforzado por una barrera química provisoria. Mientras que la represión es “lo simbólico frente a lo real”, la cancelación es “lo real frente a lo real”.

Se diferencia de la renegación, en tanto en la perversión se trata de interponer un objeto real como solución ante la falta, este objeto constituye al mismo tiempo un valor, esto es, tiene una determinación significativa que lo desrealiza como cosa. Si se considera a la droga como objeto, ésta no tiene un valor de fetiche sino que es solo un medio entre otros donde lo que se busca son los efectos químicos que produce en el organismo. El verdadero objeto buscado no es la sustancia sino la recomposición fantasmática que la misma produce.

López (2003) sostiene que tanto la represión como la renegación son operaciones que se dirigen contra una representación dolorosa, por el contrario, la cancelación va contra un dolor que no tiene representación.

Siguiendo al autor, respecto de la forclusión las diferencias no son tan precisas, ya que se registran casos en los que la toxicomanía constituye una forma de suplencia en una

estructura psicótica. Sin embargo, la cancelación del dolor en las toxicomanías no pretende instalar una nueva realidad como ocurre en el delirio de la psicosis, sino reconstruir la dimensión fantasmática vacilante mientras dura el efecto tóxico.

Respecto de la neurosis, como se ha mencionado anteriormente, en esta estructura podemos encontrar los dos montajes de la toxicomanía atribuidos por Le Poulichet (1996): la suplencia y el suplemento, ambos dan cuenta de una falla en la función paterna. La mediación fantasmática con la que el neurótico cuenta para hacer frente a lo real, en las toxicomanías es el tóxico el que permite interponer una mediación fantasmática precaria que dura hasta que cesa el efecto tóxico. La carencia a nivel simbólico es lo que impide al sujeto conformar un síntoma y lo lleva a tomar un atajo por vía de lo real a través del tóxico, un recurso que no pasa por el Otro y, en consecuencia, le permite una ruptura con la castración.

La relación entre toxicomanías y psicosis es la que genera mayores controversias en cuanto a la función que cumple el tóxico en esta estructura, dado que es abordado por los autores de diversa manera. Algunos autores cuestionan que sea aplicable a la psicosis la idea de Lacan sobre la ruptura con la castración, en esta perspectiva encontramos a Naparstek, F y Zaffore, C en "Introducción a la clínica de las toxicomanías y el alcoholismo" (2008) quienes retoman el análisis de Eric Laurent sobre el lugar del tóxico en la psicosis. Este autor cuestiona la idea de Lacan acerca de la función del tóxico como lo que permite romper el matrimonio con el falo, considerando que esta afirmación es adecuada para la neurosis pero no es válida para la psicosis. En la neurosis esta tesis de ruptura implica una ruptura con la significación fálica, pero no hay forclusión del significante paterno, no se trata de la psicosis en cuanto tal. Teniendo en cuenta que en la psicosis no hay falla sino ausencia de inscripción fálica, hay una ruptura radical con el falo dada de antemano, por este motivo no se podría hablar allí de una "formación de ruptura".

Siguiendo a los autores, Laurent ubica dos elementos a tener en cuenta en el uso de la droga: uno que hablaría de una ruptura con el falo pero fuera de la psicosis, donde la función del falo es organizar el mundo, es la función simbólica del falo hacer pasar el goce autoerótico al campo del Otro. Es ese el problema en la psicosis, cuando a falta de falo no puede pasar al campo del Otro. Si en esta estructura la ruptura es previa a toda toxicomanía, la droga podría tener como finalidad un intento de restituir esa ruptura. En la neurosis, el tóxico va al lugar de no querer saber nada del Otro, se trata de cortocircuitar la pregunta por el deseo del Otro, por el pasaje por la castración del Otro. En la psicosis, el uso de la droga no es un intento de salirse del campo del Otro, de no vérselas con la castración del Otro, sino

que puede ubicarse como un intento de restituir cierto lugar del Otro y de la realidad. Laurent en “Tres observaciones sobre la toxicomanía” (1997), afirma que en el caso de las toxicomanías como “formación de ruptura”, la droga no viene al lugar de hacer lazo con el Otro, engancharse con el falo, ni siquiera en el sentido de una formación de compromiso. Mientras tanto, en algunos casos de psicosis, esta ruptura con el Otro no se verifica sino que el sujeto consume como un modo de enlazarse al Otro y no de romper con el Otro.

Siguiendo a Naparstek (2008), en términos de función, en la psicosis, la pregunta es si la toxicomanía viene a deslocalizar un goce o si es un intento de localizar un goce. Todo el problema es la manera en que se las arregla el psicótico para regular o lograr hacer algo con ese goce, sin el instrumento fálico. Lo que se verifica en muchas psicosis es que a veces el uso de la droga viene a limitar un goce, produciendo cierta estabilización y un precario enganche al Otro, tratamiento de lo real por la vía de lo real, en busca de una función de anudamiento posible. La relación a una sustancia es un intento más de regular, sin el falo, ese goce que lo invade, temperar los efectos de ese goce del Otro. Por lo tanto, la toxicomanía en la psicosis puede intentar dos soluciones: una en la vía de lo real, lo que produce el químico, que muchas veces consigue aplacar las ideas y voces del delirio y la alucinación; y por otro lado, una vía imaginaria, como una respuesta, un modo de nombrarse y de otorgarse un ser, el sujeto se inventa una identificación, “ser toxicómano”, por tanto, se identifica con el significante toxicomanía.

Por su parte, López (2003) no establece una clara distinción ya que no cuestiona la idea de Lacan sobre la ruptura con la castración argumentando que lo que se trata es de “cancelar” la realidad de la castración. La consideración sobre la función del tóxico se asemeja a la de los autores anteriormente citados, cuando afirma que el tóxico interviene como defensa ante lo real. Sin embargo, el autor sostiene que el mecanismo de cancelación del dolor no pretende instalar una “nueva realidad”, como ocurre en la psicosis a través del delirio, sino reconstruir la dimensión fantasmática vacilante mientras dura el efecto tóxico

Por su parte, Le Poulichet (1996) también diferencia la función del tóxico en la psicosis aunque sitúa que existen casos en los cuales el tóxico permite regular el goce de modo satisfactorio y otros casos en donde es integrado en los fenómenos propios de la psicosis. Específicamente en las toxicomanías de la suplencia, sus formaciones pueden prestar algo del cuerpo cuando el sujeto no dispone de las coordenadas imaginarias y simbólicas que habrían permitido la elaboración del mismo. La operación del farmakon pretende allí organizar un circuito cerrado, tapan los orificios para la invasión de un Otro no

castrado. Se pretende un repliegue semi- autista, para resistir la invasión del influjo materno, en el intento de crear un borde donde se cierre algo del cuerpo. En otros casos, el tóxico es integrado a una construcción delirante, y allí no soporta ninguna tentativa de constitución de un borde. En esas condiciones, la suspensión de la droga se suele acompañar de un recrudescimiento del delirio.

Por último, respecto de la relación entre las toxicomanías y la estructura perversa, la autora sitúa el lugar de la operación farmakon en una particular dimensión del suplemento, para apuntalar un principio de exterioridad y para sostener un saber sobre el deseo. La operación del farmakon no introduce una apertura sobre lo real, no procura otra cosa que una adecuación fálica imaginaria del sujeto al deseo del Otro. En esta estructura no hay montaje de suplencia ya que el marco del fantasma aquí no vacila, a diferencia del neurótico que intenta construir mediante la intoxicación un pseudo-fantasma, en la perversión el sujeto hace un uso específico del fantasma para obtener su goce. Por su parte, López (2003) plantea que la toxicomanía se relaciona con la perversión en la prevalencia del objeto en el deseo y porque el complejo de castración en donde se incluye el mecanismo de las toxicomanías, es el complejo nodular tanto de las neurosis, como de las perversiones y las adicciones.

#### *El estatuto de síntoma de las toxicomanías*

Freud ubica al síntoma no solo como portador de una verdad inconsciente, un sentido a develar, sino también el síntoma como una satisfacción sustitutiva. Dando cuenta del anudamiento entre síntoma y pulsión, allí donde no hay satisfacción plena para la pulsión, ni objeto predeterminado para el deseo, hay síntomas que procuran una satisfacción sustitutiva.

El síntoma considerado como una formación del inconsciente guarda una doble acepción: refiere al proceso productivo y a la vez al producto. Como producto tiene una dimensión de signo (queja y denuncia) y una dimensión significativa que da cuenta de la singularidad de la inscripción significativa. El síntoma da cuenta de la presencia de un sujeto dividido, siempre en discordia consigo mismo, que es lo que el síntoma intenta atenuar y que a la vez denuncia.

S. Staude en “Las adicciones: el fracaso del síntoma” (1998) da cuenta de las formulaciones que realiza Lacan sobre el síntoma freudiano. En primer lugar, el descubrimiento de que los síntomas hablan, ponen de relieve una verdad, singular y fundante para cada sujeto, que se presenta en principio como un significativo reprimido. En virtud de

ello, Lacan considera que el síntoma es la metáfora de una palabra amordazada que puede revelarse en la cura, aquí toma preponderancia la dimensión significante y lo real queda fuera del análisis. En un segundo momento, Lacan destaca el concepto de verdad ya no como significante reprimido sino como aquello que queda excluido de toda articulación significante. Se articulan así síntoma y verdad: el primero vehiculiza una verdad poniendo en evidencia un saber reprimido y a la vez aquello que excede todo saber, que no puede ser dicho.

A su vez, el síntoma se encuentra ligado al goce fálico, aquello de lo que se pretende escapar mediante la operación que pone en juego la adicción. El sujeto obtiene goce del síntoma por su sustracción del campo del Otro, es en el corte con el Otro donde el síntoma es goce de la castración.

Siguiendo a Staude (2011), el goce del síntoma conlleva una paradoja: por un lado, el síntoma cuestiona al poder, pero por otro lado, la satisfacción pulsional brinda un asidero gozoso aunque precario y conflictivo:

“El síntoma es entonces un recurso y a la vez un atolladero. Por sí mismo no permite una salida pero posibilita la transferencia. La transferencia del síntoma, incluso como práctica y lazo social, abre la instancia de una lectura, la posibilidad de recorrer los pasadizos significantes donde se anuda un goce y produce efectos de verdad. La transferencia es una senda, una transformación posible. Lo que sea dependerá de tres factores. Que el síntoma se haya podido constituir como primer recurso subjetivo. Que se pueda transferir. La tercera se refiere a la dirección de la cura.” (Staude, 2011, p.3).

El autor sostiene que del interjuego de dos factores dependerá el éxito o el fracaso del síntoma: por el lado del sujeto, la labilidad del posicionamiento subjetivo en el sostén fantasmático, y por el lado del Otro social, la presión del empuje al goce. Cuando ese equilibrio es inestable, el síntoma no logra estructurarse, lo que lleva a que caduque o diluya su función.

Respecto del interrogante acerca de si las adicciones constituyen una estructura formal o diferente del síntoma, el autor propone considerar ese recurso como un “pseudosíntoma”, donde el sustento fantasmático y significante fracasan.

Siguiendo a Staude (2011), cuando el sujeto carece de los medios de simbolización que puedan anudar el goce pulsional con el significante, para producir un síntoma neurótico, el montaje adictivo reemplaza al síntoma: tiene como función otorgar una estabilidad, siempre relativa, cuando no se cuenta con la eficacia del síntoma. Cuando Lacan trabaja la distinción freudiana de inhibición, síntoma y angustia, permite pensar un tiempo pre-sintomático que tiene como eje a la inhibición y que abre a la dimensión del agieren freudiano, este agieren es lo que se encuentra siempre presente en las adicciones: la dimensión del actuar como acto evitado o inhibido, como acción de drogarse, acting out o pasaje al acto. No se hacen representar por la palabra, son las actuaciones en el doble sentido que Freud advirtió: como acción y como representación. En las toxicomanías se trataría de un cortocircuito del mensaje de la palabra, aquello que se presenta bajo la forma de la actuación representa un hacer que sustituye un decir.

Como conclusión, las toxicomanías no presentarían el estatus del síntoma ya que en lugar de una producción subjetiva propia de las formaciones del inconsciente, se trata de un intento del sujeto de cancelar un dolor que conlleva una abolición del sujeto del inconsciente.

A diferencia del síntoma, que da cuenta de la escisión subjetiva, aquí se trata de dar forma y consistencia a un narcisismo que intenta resguardarse de la amenaza de algo insoportable. De este modo, saber que es lo insoportable y cuál es la defensa ante esa amenaza es lo que va a diferenciar los montajes de suplencia y suplemento.

La imposibilidad en la conformación de síntomas es considerado como un obstáculo para el establecimiento de la transferencia y para la dirección de la cura, como veremos a continuación, es posible que la construcción de un síntoma neurótico sea la transformación más relevante a producir en la clínica de las toxicomanías.



**CAPÍTULO IV**

**PARTICULARIDADES DE LA**

**CLÍNICA EN EL**

**TRATAMIENTO**

**PSICOANALÍTICO, LA**

**COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y**

**LA REDUCCIÓN DE DAÑOS**

En el presente capítulo se situaran las particularidades de la clínica psicoanalítica, de la comunidad terapéutica y de la prevención/reducción de daños, en el tratamiento de las toxicomanías. En el caso de la reducción de daños, al tratarse de políticas que pueden ofrecer más de un tratamiento, las consideraciones exceden el ámbito clínico. En referencia a cada uno de los mencionados se caracterizarán los ejes principales que hacen a la clínica tales como la posición del profesional y el lugar otorgado al sujeto, la demanda, la transferencia, la concepción de la cura, las condiciones institucionales, entre otros.

Luego de la descripción, se realizará una comparación entre los tratamientos, buscando similitudes y diferencias respecto de sus concepciones clínicas.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

### *Posición subjetiva inicial*

Hablar de la posición subjetiva inicial implica pensar y situar la ocasión de la consulta, esto es, la circunstancia o el hecho que determina la consulta.

Sylvie Le Poulichet (1996) plantea que el sujeto que padece una toxicomanía frecuentemente recurre a un analista cuando la operación del farmakon ya no anestesia su dolor o cuando la prótesis, que la intoxicación constituía, ha dejado de ser necesaria. Allí es donde se debe tratar de oír para cada sujeto, los acontecimientos singulares que han hecho vacilar o desfallecer el montaje que hasta ese momento sostenía para conservarse.

Aquel desencadenante y los motivos que lleven al sujeto a consultar dependen del caso a caso, de las vicisitudes propias de su historia. Más allá de ello, se puede pensar que la función que cumplía el tóxico ha dejado de actuar como hasta ese momento. Sin embargo, esto no implica que se detenga el consumo, aunque si se puede pensar que el tóxico ya no cumple la misma función.

En esta línea, C. Zaffore en "Introducción a las toxicomanías y el alcoholismo" (2008) plantea que la pregunta por el modo en que un sujeto inicia su consumo, en qué coyuntura, cómo se viene a articular en su economía psíquica, suele abrir la posibilidad de realizar un diagnóstico diferencial, ya que como hemos visto puede ser distinta la función del tóxico en las distintas estructuras clínicas.

No siempre la posición subjetiva se traduce en una queja. En este sentido, Víctor Korman en *¿Y antes de la droga qué?* (1995), manifiesta que se suele constatar en las

entrevistas iniciales que el hábito de la intoxicación no le crea al consultante conflicto ni angustia, no aparece como un problema a resolver. En estos casos el malestar se produce generalmente en el entorno familiar y social que rodea al adicto.

El autor plantea que el mayor desafío para el psicoanalista es el de introducir un cambio en la relación que el toxicómano mantiene con el acto de la intoxicación ya que en las toxicomanías, el tóxico opera como un verdadero tapón de la división subjetiva, de ahí la dificultad de conectar el sujeto al Otro.

Sergio Staude en “Las adicciones y la pasión por la ignorancia” (2007) afirma que cuando las adicciones estabilizan una posición subjetiva, cuando son algo más que el consumo transitorio, se sostienen en el logro de un goce autoerótico que al rechazar la dimensión de lo discursivo enfatizan la rigidez del “muro” que se establece entre palabra y goce. Es por ello, que plantea que la posición adictiva es desubjetivante, dada la sumisión a la lógica del consumo con un rechazo y una resistencia a quedar subordinado a la lógica de la palabra, vivida como borde infranqueable.

Siguiendo al autor, en el inicio no encontramos un síntoma que interrogue sino una posición que se adopta, sostenida en una ignorancia, un no querer saber, que protege del dolor que subyace en esa posición subjetiva.

#### *Demanda*

Si hablamos de que la posición subjetiva inicial en las toxicomanías suele no tener la modalidad de la queja en la medida en que no se percibe como un problema, tampoco suele haber una pregunta por su sufrimiento, en tanto que no se lo percibe como tal, he aquí una de las dificultades iniciales del tratamiento. Sergio Staude en “El objeto por-venir en el tratamiento psicoanalítico de las adicciones” (2011) plantea que el montaje de la toxicomanía a diferencia del síntoma no crea incógnita, no hay una suposición de sentido y de saber, ello es lo que impide pasar al acto de transferir el saber en el Otro. Por lo tanto, el primer paso en el tratamiento será la elaboración de la demanda.

Por su parte, Le Poulichet (1996) nos habla del “ahuecamiento de la demanda” para situar otra de las dificultades en su construcción que atañe al intento del sujeto de anular la demanda. Durante el primer tiempo de constitución del vínculo y de los límites de la relación con el analista, muchos pacientes intentan anular su propia demanda y borrar la representación del analista. Estos intentos se entienden en términos de actos, allí la autora

distingue dos formas de actuación en correlación con el tipo de montaje de la toxicomanía: el acting out en las toxicomanías de suplemento y el pasaje al acto, en las toxicomanías de suplencia. Sin embargo, cuando el sujeto intenta abolir la demanda que acaba de formular, sus actuaciones pueden constituir el soporte de una destinación al analista y pertenecer a la elaboración de una transferencia, a condición de que el analista se imponga de esos actos.

Por lo tanto, el analista debe mantenerse atento a la emergencia de una dimensión de la queja que tome por soporte representaciones que puedan elaborarse en el campo de la transferencia. Se trata de poner en movimiento aquello detenido o coagulado por el consumo a través de la palabra, es decir, hacer advenir una nueva posición del sujeto en la palabra, correlativa de la implantación de nuevos trayectos simbólicos.

De acuerdo a Korman (1995), para un análisis de la demanda es necesario considerar el empobrecimiento simbólico que suelen presentar estos pacientes y las dificultades en poder verbalizar la petición de ayuda. Por este motivo, el tiempo de elaboración de la demanda parece ser considerablemente mayor en las toxicomanías, puesto que una formación narcisista tiene que ser derribada paulatinamente, en la medida en que se pueda desplegar una demanda que posibilite un recorrido de trabajo subjetivo y la instauración de una destinación, del lugar de un Otro.

#### *Posición del analista y lugar otorgado al sujeto*

La clínica psicoanalítica procura elaborar una nueva posición del sujeto en la palabra, sin embargo, la operación propia de la toxicomanía implica un borramiento del sujeto y un obstáculo al recurso de la palabra. Tarrab en su artículo "Una experiencia vacía", plantea la oposición entre la operación analítica y la operación toxicómana. Por un lado, la intoxicación procura la exclusión de toda significación como un modo de mantenerse por fuera del discurso. En este sentido, lo que el tóxico procura es opuesto a la operación analítica cuya demanda privilegiada es que el sujeto hable, que diga. Dar lugar a la palabra permitirá introducir la consideración de la particularidad del sujeto, los significantes particulares que determinan su posición subjetiva.

En base a ello, la operación inaugural del analista es la de producir la significación de una falta de saber cómo causa del padecimiento. Es a través de la palabra que el sujeto podrá elaborar y encontrar significantes para el dolor intolerable que lo habita. Staude en "Las adicciones y la pasión por la ignorancia" (2007) plantea que el trabajo a realizar se ubica en la oferta del deseo del analista que se pone en acto en el suponer un sujeto y un

proyecto, en la acción mismo de drogarse. Esta dirección se emprende en base a dos suposiciones: la del analizante que supone un saber en Otro, y la del analista que supone un sujeto.

De acuerdo a Le Poulichet (1996), a partir del desfallecimiento de las propiedades anestésicas del *farmakon* que suele anteceder a la consulta, lo esencial de la maniobra del analista radicará en constituir un campo de destinación al Otro y elaborar un nuevo anclaje del cuerpo en el lenguaje. Como la transferencia implica un vínculo singular entre el analista y el analizante, no es posible contemplar “un tipo” de transferencia que daría lugar a la prescripción de las reacciones adecuadas del analista.

La autora sitúa entre las dificultades iniciales de la clínica de las toxicomanías, la manifestación, por parte del sujeto, de la violencia de un “todo está dicho”, depositando sobre el analista un exceso que da a la palabra la dimensión del actuar. Ante un “relato de horror”, el analista corre riesgo de quedar inmovilizado por el actuar constitutivo de ciertas palabras, más que por el contenido de sus decires. Como consecuencia, la posibilidad de realizar un trabajo terapéutico dependerá de la capacidad del analista de poner un límite esencial que adquiere consistencia cuando el analista remite al sujeto el eco de su mensaje, haciendo posible un relanzamiento de los decires. Abrir desde el comienzo la perspectiva de esa falta del analista puede constituir un punto de anclaje en la relación transferencial, en tanto el analista no se encuentre en una posición de dominio.

Otro aspecto de la relación analista-analizante refiere a la noción de abstinencia, la autora propone desplazar el problema de la abstinencia del paciente hacia aquella de la que siempre se trata en un análisis: la abstinencia del analista. Con ello, se refiere a abstenerse de entrar en una rivalidad imaginaria con la droga, que daría lugar a una secuencia de desengaños, desafíos y sometimientos, promoviendo un ideal de abstinencia que aplastaría la transferencia reduciéndola a la impotencia y la rivalidad. De acuerdo a Staude (2007), el no-saber, vale también para el analizante y para el analista, es el valor de la ignorancia que se llama *docta*.

En virtud de esta dificultad en la construcción del vínculo, Recalcati (2003) propone una “rectificación del Otro” como un cambio radical de la oferta en la nueva clínica, en la cual es necesario operar preliminarmente una rectificación del Otro antes que del sujeto. En las entrevistas preliminares de la clínica clásica de las neurosis, se promueve la rectificación de la posición del sujeto, propiciando un cambio radical de la demanda como efecto de la

asunción de la responsabilidad subjetiva. En la época “del Otro que no existe” se trata de reintroducir al sujeto en una dialéctica vivible con el Otro. De este modo la rectificación significa que el analista encarne un Otro diferente de aquello que el sujeto ha encontrado en su historia, un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no obturar, no atormentar. Esta nueva configuración del Otro tiene como finalidad una nueva implicación del sujeto en un lazo posible con el Otro.

### *Transferencia*

Para la instalación de la transferencia es necesaria la ficción creada por el sujeto de un interlocutor Otro al que le supone un saber, denominado por Lacan como Sujeto Supuesto Saber. En la transferencia imaginaria, el analista es para el sujeto, un objeto capaz de despertar amor, odio, angustia, etc.; cuando se constituye la transferencia simbólica, el paciente puede volcar en su palabra su sufrimiento y dirigir esta queja al analista. A partir de allí surge la posibilidad de la creación de un síntoma y la aparición de otras manifestaciones del inconsciente.

Las dificultades en el establecimiento de la transferencia atañen a cualquier trabajo analítico, de allí que se requiere un período de entrevistas preliminares en donde pueda ser elaborada una demanda de análisis. De acuerdo a Recalcati (2003) en la nueva clínica, la tríada clásica síntoma-demanda-transferencia que caracteriza el tiempo preliminar en la conducción de la cura se complejiza hasta desarticularse, como consecuencia de que los nuevos síntomas no dan cuenta del sujeto dividido.

Particularmente en el caso de las toxicomanías, H. López (2003) plantea que la dificultad para el establecimiento de la transferencia está ligada a la convicción del sujeto adicto de que el analista no sabe sobre la experiencia de la droga, el adicto es el que posee el saber, impidiendo el reconocimiento del Sujeto Supuesto Saber en el analista. Si éste último avala esta creencia y supone al adicto una experiencia de goce, su propia resistencia se convierte en un obstáculo a la transferencia. El analista se fijaría en un rol predeterminado que reduciría la cura a una lucha imaginaria.

De acuerdo a Le Poulichet (1996), si la droga debe desaparecer, decaerá a condición de que el terapeuta no establezca una relación dual con la misma. A su vez, otra dificultad consiste en que la operación del *farmakon* sigue siendo requerida porque en el sujeto subsiste el miedo de una captación destructiva en la relación con el analista. Posiblemente el sujeto debe recrear en la cura un montaje que incluya al analista en el interior de una destinación.

En el marco de entrevistas preliminares, se trata de que el analista mantenga la atención ante la posibilidad de transformación de un montaje de toxicomanía, invita a considerar el puesto del tóxico en la palabra, encontrar allí nuevas inscripciones. De esta manera el montaje puede anudarse en el lugar de la cura, con la consecuente posibilidad de constitución de una transferencia analítica.

De acuerdo a Le Poulichet (1996), el analista promueve el advenimiento de los decires que hacen aparecer a aquel sujeto borrado a través de la operación del farmakon, sin embargo en la mayoría de los casos son actuares los que se presentan inicialmente en la escena analítica. La operación del farmakon detiene el movimiento del deseo, recorta las pérdidas del cuerpo para fijar una postura que es el repliegue narcisista. Como consecuencia, la autora plantea que en las toxicomanías se trata de "instaurar una escena", esto es, en el encuentro con el analista el sujeto se debe elaborar otra escena a partir de sus decires, el objetivo es que el cuerpo recomponga sus trayectos pulsionales y se elabore en el Otro a partir de la elaboración del cuerpo en la palabra. Una insuficiencia de la relación primaria con el Otro solo podrá ser simbolizada a partir de la recuperación o creación de un relato y de una novela familiar, que anude el cuerpo a cadenas significantes. Se trata de promover un proceso de temporalización subjetiva y de elaboración del Otro como ausencia, este sería el proyecto mismo de muchas entrevistas preliminares para posibilitar una relación con la falta y con el deseo del Otro.

Siguiendo a la autora, se espera que la transferencia produzca nuevos recortes significantes y un nuevo anclaje del cuerpo en el Otro para relanzar los trayectos del deseo. Se trata de trabajar en el anudamiento entre pulsión y cadena significativa, esto implica que el analista sitúe al paciente en relación con su pulsión a fin de que se organicen los bordes que cierren el acceso al goce del Otro. La autora propone que "el analista puede intervenir como el Otro de la pulsión: un Otro descompletable, para que el sujeto pase a contarse dentro de una relación con la falta de ese Otro" (Le Poulichet, 1996, p. 194). Esto implica que el analista entre en función como un término del montaje pulsional para evocar un vacío: que constituya un elemento como un significante que llama a otro significante y se adelanta para producir un retorno de la pulsión, deteniendo lo real del goce.

Si la operación del farmakon impide la aparición de los síntomas característicos de la neurosis de transferencia: sueños, lapsus, fallidos, síntomas, etc.; la posibilidad de que un recurso real como el tóxico se aliene en determinaciones imaginarias y simbólicas puede producir la transformación de esta operación en una formación de síntoma.

Por lo tanto, el elemento principal que permite anudar una transferencia analítica es la creación de un síntoma, en la medida en que el sujeto pueda organizar su discurso en una nueva queja dirigida al analista que designe un enigma, suponiendo un saber en él. De este modo, ha cobrado forma un nuevo mensaje que da testimonio de una nueva posición dentro de la palabra.

### *Concepción de la cura*

Desde el psicoanálisis, un tratamiento debe orientarse en la dirección del deseo para el sujeto, lo cual implica la puesta en juego del deseo del analista que comanda la cura y el establecimiento de la transferencia. Para que el sujeto pueda hacerse una pregunta por su deseo, es necesario que en el Otro haya un hueco, un agujero, un deseo donde alojarse. J. Lacan en "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958) analiza la posición del analista respecto de tres dimensiones: estrategia, táctica y política. La estrategia refiere a la transferencia, la intervención del analista depende del lugar en el que es colocado por el analizante, en este nivel el analista paga con su persona. La táctica, es el lugar de la interpretación, aquí el analista paga con la palabra en sus intervenciones. Por último la política, concierne al ser, se trata de que el analista se ubique por su carencia en ser, como un Otro incompleto, allí el analista paga con su juicio íntimo.

La función del analista de acuerdo al primer principio postulado por Lacan, es conducir la cura para que el sujeto pueda encontrarse con los significantes que lo amarran. Esto no implica dirigir al paciente, ejercer un poder sobre él, el analista en tanto ocupa ese lugar, debe prescindir de hacer uso de ese poder, de allí la importancia de la noción de abstinencia.

E. Rossi en "La toxicomanía y su tratamiento desde el psicoanálisis. Una cuestión ética" (2005) plantea que la ética del deseo es la que sostiene la cura en la medida en que hay elección, y cada interpretación del analista conduce al sujeto a ella, donde se decide su posición subjetiva. El analista sostenido en su deseo, a partir de una experiencia significativa, permite al sujeto la elaboración del goce al que se encuentra adherido y, en consecuencia, hallar otro camino para enfrentarse con lo real que lo determina. En la clínica de las toxicomanías, es en la angustia donde el analista puede intervenir para dirigir al sujeto a la dimensión simbólica, separándolo de la sustancialidad de la droga y haciendo que se confronte con su deseo. A partir de un trabajo significativo se busca que se abran ciertos interrogantes vinculados a la castración, un intersticio donde la función del tóxico vacile.

De acuerdo a Naparstek (2008) en “Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo”, la concepción de la cura de las toxicomanías implica que los objetivos terapéuticos no deben ser buscados a priori sino encontrados, como producto de la tarea analítica realizada con el paciente.

En principio, la cura se trata de producir transformaciones subjetivas que den lugar a una dinámica psíquica diferente a la que tenía el sujeto antes de iniciar el tratamiento. Si esta modificación resulta exitosa, también se modificará la operación que empujaba al sujeto al consumo de tóxicos. La toxicomanía toma estatuto de síntoma neurótico, cuando el paciente intenta encontrarle un sentido, una explicación, a esto que lo hace sufrir. En este sentido, se puede pensar que el punto de llegada en el tratamiento de las toxicomanías es la constitución de un síntoma neurótico. El sentido del síntoma se podrá comprender avanzado el análisis, produciendo la integración del mismo en la historia del sujeto.

Por último, cabe destacar que la cura en un tratamiento psicoanalítico no tiene como objetivo central la abstinencia del paciente sino que se producirá por añadidura, en la medida en que el sujeto encuentre la función que el tóxico cumple para él.

#### *Diferencia entre práctica clínica institucional y en consultorio.*

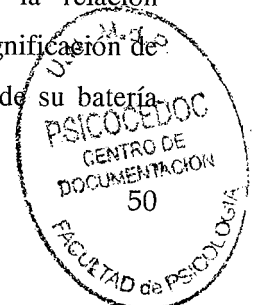
Respecto a la práctica clínica institucional, Korman (1995) aborda el tratamiento psicoanalítico de las toxicomanías en las instituciones y plantea que el abordaje clínico de la mayor parte de los sujetos que recurren a las instituciones públicas suele ser muy complejo, dada la cantidad de variables que están en juego. Entre las variables menciona: la problemática psíquica, la familia del sujeto, la patología orgánica asociada, los aspectos sociales, comunitarios y jurídicos, la institución desde la que es derivado el sujeto, etc. Allí se puede situar una de las diferencias con el encuadre psicoanalítico clásico, ya que estas variables superan a las existentes en el marco de la estricta relación analizante-analista. Por este motivo, es necesario tener en cuenta la presencia de todos estos factores al momento de diseñar un encuadre para el tratamiento.

Siguiendo al autor, estas diferencias no implican abandonar la posición del analista en una institución, ni tampoco implica pensar que los tratamientos brindados deban ser estandarizados o preestablecidos. Aun en el ámbito institucional público es posible llevar al cabo una clínica basada en una singularización plena, en una lógica caso por caso.

Respecto de las particularidades de la demanda en este contexto, el autor plantea que frecuentemente nos encontramos con un recorrido previo ya que los pacientes suelen haber consultado en otras ocasiones y en otras instituciones. Las demandas anteriores suelen haberse diluido tras unas pocas entrevistas preliminares, sumado a abandonos y reinicios del tratamiento. En las instituciones, el trabajo con estos pacientes comienza muchas veces antes de la primera entrevista debido a que se suelen recibir demandas que no son directamente formuladas por el adicto sino por algún miembro de su familia.

Korman (1995) propone una serie de etapas que se atraviesan en las instituciones. En los inicios del tratamiento se plantea una psicoterapia individual: en esta primera etapa no es aconsejable el encuadre psicoanalítico tradicional, es necesario un trabajo previo al modo de entrevistas preliminares con el fin de que se sintomatice la adicción, que sus malestares devengan un enigma y que el sujeto se sienta implicado en lo que le sucede. Si el sujeto se mantiene en una posición paranoide y victimizada sobre los males que lo aquejan es preferible continuar con un trabajo preliminar. La modalidad autoerótica propia de las toxicomanías torna al sujeto renuente a los vínculos con terceros, incluido el analista. Por lo tanto, en las primeras etapas del tratamiento el lazo analista-paciente suele ser muy frágil y lábil, la posibilidad de lograr un vínculo transferencial constituye el desafío que implica cada uno de estos abordajes clínicos. Por otro lado, suele recurrirse a un abordaje familiar: en ciertos casos no suele ser suficiente una psicoterapia individual y puede ser necesario un trabajo con la familia. Mediante el abordaje familiar se intentará elaborar los conflictos inconscientes que dentro de cada familia empujan al fenómeno del consumo y deshacer las alianzas que favorecen la toxicomanía.

Si el paciente logra abrirse paso a la dimensión de la palabra, entonces es posible que aparezca la otra escena: la activación de lo inconsciente, la emergencia de recuerdos, relatos sobre sus vínculos familiares, etc. En estos momentos del tratamiento la tarea del analista no está necesariamente centrada en el consumo sino que se lo abordará indirectamente, a través de la movilización del terreno psíquico. Durante el tratamiento debe producirse la modificación de la posición subjetiva respecto de la castración y del deseo, teniendo sus repercusiones en la creación de síntomas. Estas modificaciones deben sobrevenir como resultado de un trabajo sobre la estructura psíquica, actuando por vía interpretativa sobre las repeticiones y los nuevos significados que los síntomas adquieran en la relación transferencial. Una tarea importante a realizar durante el tratamiento es la resignificación de la historia personal: se trata de acompañar al paciente en la recomposición de su batería



identificatoria, armando un andamiaje simbólico que otorgue al sujeto una consistencia distinta. Por otro lado, con respecto al consumo durante la realización del tratamiento, las modificaciones logradas también podrán tener incidencia en la variación en la relación del sujeto con el tóxico. No se propone un simple distanciamiento o privación del mismo, dejando intacta la problemática subjetiva, sino que es la resultante de toda la tarea clínica realizada sobre la estructura subjetiva.

Por último, el autor plantea respecto de la finalización del proceso terapéutico, que la cura psicoanalítica implica una transformación profunda en las dimensiones pulsional, narcisista, deseante y fantasmática del sujeto. Al lograrse las transformaciones subjetivas, se inicia una etapa de disolución del vínculo terapéutico. Se tratará de resolver las múltiples transferencias creadas en el seno de un tratamiento institucional, aunque se dejará abierta la posibilidad de que el sujeto vuelva a consultar cuando lo crea necesario.

#### *Concepción de la abstinencia*

Como se ha mencionado anteriormente, el pensar la abstinencia del paciente implica también considerar la abstinencia del analista. Siguiendo a Le Poulichet (1996), varios psicoanalistas hablan de impotencia y de rivalidad, como si el analista tuviera dificultades para abstenerse frente a un sujeto que consume. En un afán de rivalizar o de intervenir directamente, su pensamiento se presenta ocupado por la droga. Si el consumo del tóxico es elevado como un punto de disputa fundamental en la cura, el analista es solicitado para constituirse como el destinatario de ese acto del sujeto y se entabla como consecuencia una relación dual imaginaria. Si el analista sitúa a la droga como un “Otro tercero” que amenazaría tanto al paciente como a él mismo, anula la potencia de constituirse en un Otro simbólico, cuyo puesto él indica con su propia abstinencia.

En el mismo sentido, Piotte en “Psicoanálisis aplicado a las toxicomanías: cuestionando la abstinencia en la clínica” (2005) habla de una “abstinencia redoblada”: que concierne al paciente y al analista. En el caso del paciente, el motivo de consulta suele quedar articulado a un pedido de abstinencia, este pedido se despliega en el campo de una demanda implícita de curación. Allí es donde la escucha del analista, no capturada por el ideal de la abstinencia, pueda dar lugar a que el paciente se interroge acerca de su consumo, con la posibilidad de que aparezca algo en relación con la singularidad de su deseo. Sin la abstinencia del analista, la dirección de la cura podría sostenerse en la pretensión de regular la relación del paciente con el tóxico.

El reducir la cura a la abstinencia implica perder de vista las particularidades del sujeto y la causa real-pulsional de su adicción. En 1898 en “la sexualidad en la etiología de las neurosis”, Freud considera la insuficiencia de los métodos terapéuticos basados en las curas de abstinencia:

“Una puntualización enteramente análoga vale para todas las otras curas de abstinencia, que tendrán un éxito solo aparente si el médico se conforma en sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquello” (Freud, 1898, pp.69)

Más que imponer una abstinencia, es necesario elaborar el puesto de la droga en la relación con el analista. Se trata de ver cómo operar sin dirigir al paciente en el uso del tóxico, sino dirigiendo la cura para que se pueda desplegar la función que el tóxico viene a ocupar en la economía psíquica de ese sujeto en particular. Por ese motivo, desde el psicoanálisis se considera que el cese del consumo es algo que puede obtenerse por añadidura en el tratamiento, no es su condición ni su objetivo central.

## COMUNIDAD TERAPÉUTICA

### *Características*

Kameniecki en “Concepciones clínicas e institucionales en las toxicomanías” (2006) sitúa el auge de las comunidades terapéuticas en los años 80, en los que se comienza a elaborar el esquema del modelo para tratar las adicciones. Las define como modelos básicamente neo conductistas con elementos humanistas y a menudo religiosos. Inicialmente, el tratamiento se encontraba a cargo de ex adictos rehabilitados, surgiendo así la categoría del operador socio-terapéutico. Actualmente esta situación se ha modificado, el tratamiento no sólo es llevado a cabo por operadores socio-terapéuticos sino que la mayoría incluye a otros profesionales de la salud.

De acuerdo a Palacios (2013), la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT) considera que la comunidad es un modelo de trabajo y ayuda centrado en las personas y su familia, considerando a la persona como un ser físico, biológico, psicológico, social y espiritual capaz de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación. El vivir y trabajar en la comunidad, acentúa el componente social y promueve la posibilidad de compartir experiencias, dentro de un marco de respeto de

los valores y derechos, en un ambiente de solidaridad y fraternidad. Por lo tanto, el carácter relacional es el principal elemento terapéutico.

Comas Arnau en “La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro” (2008) define a la Comunidad Terapéutica como un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte o todo el día y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Respecto a este último, la terapéutica propuesta exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar, con fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos. A su vez, la permanencia en el centro tiene una duración determinada, definida de antemano con criterios temporales o con el logro de ciertos objetivos.

Entre los lineamientos centrales del tratamiento que se ofrece en la comunidad terapéutica se pueden citar: la importancia de la participación, el compromiso y la responsabilidad compartida; el uso de roles modelos; el uso de normas y valores compartidos; un régimen de trabajo y de rutina compartido; la importancia de las relaciones sociales, etc.

En las comunidades terapéuticas se brinda tratamiento psicológico, psiquiátrico y médico y el objetivo es que el sujeto deje de consumir y logre reinsertarse en la sociedad, es por ello que se los suele caracterizar como programas educativos. A pesar de que se trabaja sobre el aspecto social, se promueve bajo la modalidad del aislamiento temporal de la persona de su medio ambiente familiar y social, justificado por la necesidad de contención ante los efectos que provoca la abstinencia. Se trata de un modelo de tratamiento abstencionista, por el cual el cese de consumo de sustancias se plantea como condición para realizar el tratamiento, sustituyendo el papel que cumple el tóxico mediante un sentimiento de pertenencia que brinda el hecho de formar parte de una comunidad en la que se comparten determinadas reglas, rutinas, etc.

#### *Demanda*

En este tipo de instituciones dada la abstinencia como criterio de admisión, la demanda equivale al motivo de consulta o pedido inicial del paciente consistente en “abandonar el consumo”, “curarse”, etc. Ese pedido es necesario para comenzar el tratamiento ya que es acogido como una manifestación de voluntad del paciente de generar un cambio. En el caso de internación de pacientes por derivación judicial, en los cuales la

voluntad suele estar vulnerada por su condición, se trabaja en el mismo sentido de construir la demanda de recibir tratamiento y abandonar el consumo.

#### *Posición del terapeuta y lugar del paciente*

Siguiendo a Palacios (2013), las personas son agentes activos y protagonistas de su propio proceso de cambio. La participación es voluntaria pero se insta a que todos sean parte activa y comprometida de la comunidad.

De acuerdo a Comas Arnau (2008), el tratamiento en la Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido, sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro. Lo que se le ofrece al sujeto constituye una suerte de nueva identificación a través de su pertenencia a la comunidad. Se aspira al pasaje del “ser adicto” a ser “ex adicto” o “adicto recuperado”, lo cual marca y liga al sujeto a ese nombre como su modo de articulación con la palabra y con la cultura en la que está inmerso.

Si bien estas instituciones plantean una estructura flexible en tanto construida tanto por los profesionales como por los residentes, este tipo de tratamiento suele operar vía identificación del sujeto con el operador terapéutico como modelo a seguir.

Por su parte, Korman (1995) señala que las prestaciones realizadas por la C.T pretenden educar al toxicómano. Predomina un paternalismo comprensivo, el “ponerse en la piel del adicto”, con el fin de señalarle los errores que comete y las modificaciones que debe realizar. Mediante acciones educativas se intentará modificar las conductas nocivas para el individuo.

#### *Concepción clínica*

Siguiendo a Palacios (2013), la adicción es considerada como un comportamiento con múltiples determinantes, donde la dependencia psicológica es secundaria a las circunstancias que influyen sobre el comportamiento del sujeto. Los problemas y situaciones que resultan displacenteros determinan que el sujeto recurra a las drogas. De allí que el tratamiento se centre en la modificación de comportamientos, roles y conductas. Sus objetivos básicos consisten en la deshabitación psicológica o desintoxicación física.

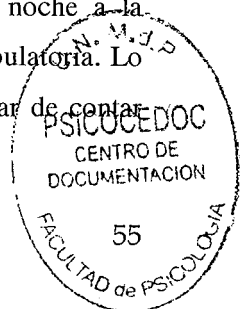
Se trata de instituciones que se hallan estandarizadas en sus principios y criterios de admisión, rehabilitación y expulsión. El tratamiento se desarrolla por etapas, que representan

incrementos en el aprendizaje de la persona en cuanto a conocimiento, experiencia y ajuste social. Según Comas Arnau (2008) la vida cotidiana en la Comunidad es la fuente de un aprendizaje social que se genera en un contexto de especial densidad de las relaciones sociales, lo que a su vez implica fuertes controles informales. Las etapas más significativas serían las etapas de egreso y el alta definitiva. Se considera como “alta” el logro de los siguientes criterios evaluativos: toma de conciencia de su realidad; autoconocimiento; modificaciones conductuales; autoestima, auto confianza y mejor calidad de vida.

Oks en “Dos días sin siesta. Para un estudio psicoanalítico de las comunidades terapéuticas” (2005) da cuenta de las etapas del tratamiento: la primera de ellas hace las veces de entrevistas preliminares: conocer el lugar, los compañeros, las reglas, etc. Paralelamente en las entrevistas y dispositivos grupales, se comienza a hablar de la problemática: el comienzo del consumo, sus problemas familiares, conflictos que quedaron sin resolver, etc. Es un período breve y el pasaje de etapa equivale simbólicamente a haber sido aceptado por la institución.

Siguiendo al autor, el cronograma de las C.T está lleno de espacios cuya función principal es ponerle palabras al comportamiento ciego y repetitivo. Al hablar del comportamiento, de la higiene, del cuidado de las cosas y de los semejantes, se habla de las dificultades y se las sintomatiza. En este sentido, el autor habla de una “elaboración de la palabra en el cuerpo” teniendo en cuenta que el comportamiento compulsivo y el acting-out reiterado en este tipo de patologías, revelan que la ley no ha alcanzado a ordenar la vida del sujeto. De allí que este tipo de actividades contribuyan a la instalación de la ley, la regulación del cuerpo por la función simbólica y el acotamiento del goce. A través del control de la actividad, los cuerpos se individualizan a partir de una localización que los hace circular por un sistema de relaciones. Cada etapa y cada actividad, se organiza en segmentos temporales cuya duración y sucesión están establecidas de antemano, haciendo aparecer de este modo el tiempo lineal y estable. En conclusión, cuanto más uniforme, regular y estable sea la clínica de las CT, mayores son las probabilidades de que los pacientes puedan ir “actuando” sus dificultades con el mundo.

De acuerdo a Oks (2005), la última etapa del tratamiento atañe a una apertura al afuera, con distintas modalidades según cada C.T: trabajar y volver por la noche a la comunidad, concurrir al modo de hospital de día, continuar con una terapia ambulatoria. Lo importante es que gradualmente los sujetos puedan simbolizar el hecho de dejar de contar con la institución como lugar de resguardo.



Desde otra perspectiva, Kameniecki (2006) plantea que el tratamiento en las comunidades terapéuticas se trataría de un disciplinamiento del sujeto. Para reforzar esta dirección, se suele implementar un sistema de recompensas y castigos de estilo skinneriano orientado a modificar actitudes conductuales.

Le Poulichet (1996) plantea que las nociones clásicas asociadas a las toxicomanías corresponden a la dependencia y a la abstinencia y se traducen en modelos de inspiración comportamentalista para pensar la abstinencia. Un organismo es separado de un “cuerpo extraño”, en el entendimiento de que el primero recuperará su integridad cuando se haya apartado del influjo mórbido del segundo. Se trata de una dicotomía correlativa de la creencia en una dependencia doble: una dependencia fisiológica a la que se agrega una dependencia psicológica.

#### *Concepción de la abstinencia*

Palacios (2013) plantea que en la C.T se tiene como objetivo que los pacientes reciban tratamiento en un ambiente “digno y libre de drogas y alcohol”. Se considera como requisito o criterio de admisión a los programas estar desintoxicado. Luego durante el tratamiento, se trabajará en la modificación a nivel cognitivo y conductual para sostener la abstinencia y lograr de ese modo el alta.

En la comunidad terapéutica se trabaja bajo la modalidad de internación como un factor que colabora además con en el logro de la abstinencia, el paciente es internado/encerrado, lejos de sus vínculos familiares y sociales. Deborah Fleischer en “Reducción de daño/ comunidad terapéutica” (2005) retoma lo planteado anteriormente sobre el objetivo principal de la Comunidad Terapéutica, que atañe al logro del cese absoluto del consumo de sustancias. A través de talleres, terapias individuales y grupales, se espera que cada uno de los pacientes se acerque a la renuncia total del uso de drogas, a su vez no se descarta el uso de psicofármacos en los casos donde existen síntomas de abstinencia, otros que sólo pueden ser tratados mediante la ingesta de medicamentos o aquellos que sufren de una patología dual (adicción y otro trastorno psiquiátrico). Dentro de un marco de internación se promueve la abstinencia a través de la identificación con la figura del operador socio-terapéutico, que al tratarse de un ex adicto se erige como modelo a seguir.

## REDUCCIÓN DE DAÑOS

### *Características*

Silvia Inchaurrega en "Políticas de drogas. Balance y perspectivas a nivel nacional e internacional" (2008) define al modelo de reducción de daños como una política social y de salud, que pretende reducir los problemas relacionados con las drogas. Entre ellos: problemas sociales como la exclusión, la criminalización, las infecciones y enfermedades asociadas al consumo por vía intravenosa, sobredosis, etc. La Reducción de daños es una política y una práctica, que privilegia dar información sobre formas de evitar daños mientras el sujeto no puede o no quiere dejar de consumir drogas. A través de estas políticas se garantiza el acceso al sistema de salud de las personas y se intenta reducir los daños sociales y subjetivos.

En términos generales, la "reducción de daños" tiene como finalidad principal la minimización de los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas. No se trata de eliminar su uso sino de evitar riesgos inherentes a la utilización de drogas como por ejemplo en el caso de las inyectables, la provisión de jeringas y agujas para evitar el contagio de HIV, hepatitis B y otras enfermedades infecciosas.

Siguiendo a la autora, la reducción de daños abarca también la educación e información: por un lado de los usuarios y por otro lado, de la comunidad general para evitar la marginación de estos sujetos y su consiguiente distanciamiento del sistema de salud. Incluye también trabajo de calle, la implementación de instituciones asistenciales públicas abiertas, con objetivos intermedios, dispuestas a escuchar y tratar a las personas independientemente de si se encuentran o no abstinentes.

De acuerdo a Fleischer (2005), es necesario considerar que las políticas de minimización de daños no promueven ni estimulan el uso de drogas, ya que quienes se posicionan desde otras teorías sostiene esta creencia. Empíricamente, los países que han adoptado este tipo de políticas han conseguido una importante reducción de los contagios de VIH/SIDA y otras enfermedades, un descenso de la mortalidad por el mal uso y las sobredosis y una baja en el índice de los abusadores de drogas duras.

Según Marlatt en "Reducción del daño: Principios y estrategias básicas" (1998), el modelo de reducción del daño constituye una alternativa de salud pública frente a los modelos "moralista/criminalista" y "de enfermedad" respecto de las adicciones. Ambos modelos de reducción de la oferta y reducción de la demanda guardan el objetivo de reducir y eliminar progresivamente el consumo de drogas. Los partidarios del modelo de enfermedad consideran la adicción como patología biológica/genética, proponen la reducción de la

demanda como meta principal de la prevención, y la abstinencia como el único objetivo aceptable de tratamiento. Por su parte, los defensores de la reducción del daño desplazan la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva. Tales efectos son evaluados en términos de ser dañinos o útiles al individuo y al resto de la sociedad, y no emitiendo juicios acerca de una conducta considerada en sí misma moralmente correcta o incorrecta.

Siguiendo al autor, en sentido opuesto a los enfoques moralistas, la reducción de daños se basa en el principio del pragmatismo compasivo partiendo de la pregunta sobre qué se puede hacer para reducir el daño y sufrimiento del individuo y de la sociedad. Como abordaje basado en la aceptación y compasión, adopta un enfoque humano en el trato con el sufrimiento humano, una postura similar a la psicología humanista adoptada por Carl Rogers, Abraham Maslow y otros.

Históricamente, las medidas de reducción se originaron en Europa, allí se observa estadísticamente los descensos de las consecuencias negativas del uso de drogas, principalmente la heroína. Inglaterra fue el propulsor de otro tipo de estrategias destinadas a prevenir los riesgos asociados al consumo de drogas como la prescripción de drogas sustitutivas, por ejemplo, a través de programas de tratamiento con metadona.

Respecto a América Latina, Inchaurreaga (2008) plantea que la cobertura de los programas de reducción de daños y el tema de los recursos disponibles constituye una de las principales dificultades.

Específicamente en nuestro país, las políticas sobre drogas han sido influenciadas por la llamada “Guerra contra las drogas” proveniente de Estados Unidos, lo cual conlleva la representación social del adicto o el usuario de drogas como un “peligro” para la sociedad. En el mismo sentido desde las políticas públicas de salud se promueve la abstinencia del adicto y se crean para ello sectores de salud tales como las comunidades terapéuticas. Se trata de medidas de protección para la sociedad más que de protección al adicto, sin embargo, la prohibición y las medidas represivas no han disminuido el consumo de la droga.

Siguiendo a Inchaurreaga (2008), la reducción de daños no es una política oficial en Argentina, los recursos del Estado se gastan en su mayoría en represión y en instituciones cerradas para tratamiento o castigo y no para prevención y reducción de daños.

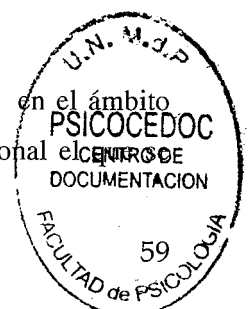
La Universidad de Rosario ha sido pionera en este abordaje, instalando ya hace trece años el modelo en el hospital público. A partir de un convenio firmado con el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, ex Hospital Psiquiátrico de Rosario, el Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y SIDA (CEADS) creó el Servicio Asistencial para Drogadependientes. Se piensa a las adicciones como un problema de salud pública y funciona con atención ambulatoria y en crisis, con orientación psicoanalítica y un equipo transdisciplinario. El trabajo clínico, caso por caso, sobre la posición subjetiva en relación a los riesgos y a la muerte se articula a una concepción de la salud pública que prioriza la reducción de daños ligados al consumo de drogas. Entre las estrategias, se sitúan dos dispositivos del servicio: los grupos de reducción de daños y el programa piloto de sustitución. El primero de ellos, funciona como talleres participativos de discusión y análisis de los daños relacionados con el consumo de drogas y los riesgos de transmisión del VIH/SIDA y sus posibilidades de prevención. Allí, los sujetos en tanto que actores sociales, trabajan las representaciones sociales sobre el tema y elaboran mensajes sobre el no uso compartido de los equipos de inyección y la desinfección de agujas y jeringas. El “Programa piloto de sustitución” consiste en la sustitución de las drogas por fármacos, llevado a cabo con buprenorfina a bajas dosis. El tratamiento se realiza en un marco de estricta prescripción controlada con apoyo de trabajo de farmacia, clínica, enfermería y psicología.

#### *Posición del terapeuta y lugar del paciente*

Inchaurraga en “Reducción de daños en usuarios de drogas en Latinoamérica: difícil, posible, necesario” (2004) plantea que este abordaje permite las intervenciones psi a nivel clínico y las intervenciones sociales, basándose en la idea de que la adicción es un problema del sujeto y de la cultura. De este modo se debe interrogar su incidencia en cada sujeto, para formular aportes a lo social, aunque también se hace necesario interrogar su incidencia en la cultura y reivindicar los efectos sociales de las políticas de salud que se ocupan de reducir riesgos y daños para formular aportes a la clínica del sujeto.

Para este enfoque, la noción de “riesgo” tiene que ver con las conductas del sujeto y no con lo que un sujeto es. En todo caso, se trata de grupos en riesgo, de situaciones de riesgo, y estas situaciones se definen en acto y no a priori, a partir de una identidad adquirida o asignada socialmente.

La reducción de daños puede ser pensada como política y estrategia en el ámbito comunitario y social o a nivel institucional, dependiendo de si es el profesional el



dirige a los sujetos o son ellos los que demandan la atención. En este sentido, uno de los objetivos es hacer contacto con aquellos sujetos que no llegan al sistema de salud, para ello la estrategia es que trabajadores u operadores de calle intentan puedan acercarse a ellos, evaluar sus necesidades y derivarlos a las instituciones.

Respecto de la importancia otorgada al sujeto, Inchaurrega (2004) afirma que este modelo en comparación al "modelo abstencionista" es el que otorga mayor responsabilidad al sujeto respecto de sus actos y decisiones, más allá de las actividades de información, no se trata de racionalizar, educar o domesticar a la pulsión. Se trata aquí de que el sujeto pueda ser consciente/responsable de lo que hace, y dado que tiene el derecho de "elegir", es deber del sistema de salud presentarle opciones. De allí la importancia de la articulación entre las políticas de salud y el orden de la subjetividad.

#### *Concepción de clínica*

Fleischer (2005) plantea que la reducción de daños apunta a la minimización de los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas más que a tratar de eliminar su uso. Tal enfoque acepta que el consumo de estas sustancias generalmente persiste a pesar de los esfuerzos que se realicen para combatirlo y de este modo se posiciona en un lugar no-moralista. El enfoque promueve acciones destinadas a prevenir los riesgos asociados al consumo de drogas y en el ámbito de la atención se traduce en programas que brindan tratamientos sin poner la abstinencia como objetivo central, sin que este hecho signifique que se estimule o promueva el uso de la droga.

Respecto de los principales procedimientos y estrategias utilizadas para el abordaje y el tratamiento del consumo de tóxicos y las adicciones, Marlatt (1998) menciona tres estrategias básicas: el trabajo individual o grupal, la modificación del entorno y la realización de cambios en la política pública.

En cuanto al trabajo individual o grupal se plantean diferentes enfoques, una es la educación pensada como la llave a la prevención y minimización del daño relacionado con consumo de drogas y con la conducta sexual de alto riesgo. Se crean así programas que pueden ser estructurados en marcos grupales que incluyen tanto discusiones sobre abstinencia y consumo de drogas como sobre actividades sexuales. Los objetivos globales de los programas de prevención incluyen: aumentar la conciencia sobre las conductas de alto riesgo y sus consecuencias, entrenamiento en habilidades para afrontar de modo eficaz las situaciones, facilitar conductas que fomenten la salud y sean reductoras de riesgo, etc.

Otro de los enfoques, está centrado en lo terapéutico y clínico, aquí se incluyen instituciones con objetivos intermedios a la abstinencia, instituciones de “bajo umbral de exigencias”. A su vez, no se restringe a un único abordaje dado que se considera que la mayoría de los enfoques terapéuticos conocidos para tratar conductas adictivas pueden ser aceptados dentro de una estructura de reducción del daño. De este modo, se pueden aplicar intervenciones para reducir el daño en el contexto de terapias individuales, grupales, y grupos de auto-ayuda. Las terapias cognitivas y conductuales pueden ensamblarse con este abordaje, ya que se centran en el cambio conductual basado en los principios del aprendizaje y en un modelo continuo de modificación de hábitos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Recientemente los tratamientos para la adicción, con frecuencia combinan farmacoterapia y terapias conductuales, como prevención de recaídas y para reducir el consumo dañino.

A su vez, el autor menciona que la farmacoterapia también puede ser útil en programas de reducción del daño, a través de programas de sustitución con el uso de naltrexona para los casos de alcoholismo, prescripción de metadona para consumidores intravenosos de heroína y cocaína, la aplicación de repuestos de nicotina para los fumadores, etc. Estos programas se basan en general en el aporte de las neurociencias acerca de las interacciones químicas en el cerebro, el objetivo es reemplazar la droga que el sujeto consume por una sustancia menos dañina. Este enfoque suele generar controversias dado que la medicalización de la adicción puede funcionar exitosamente mientras el sujeto se encuentra bajo tratamiento, pero frecuentemente se desatienden las causas o fuentes de la adicción, por lo cual el sujeto puede no haber cambiado nunca su posición ante la droga.

Respecto de la segunda y tercera estrategias mencionadas, son planteadas de manera correlativa dado que el acceso a los medios que permitirían modificar el ambiente está intrínsecamente relacionado con cuestiones de políticas públicas. Las leyes dictan lo que está o no permitido legalmente para hacer más accesibles las herramientas y técnicas de prevención del daño. Sin tener los medios del entorno disponibles, no se puede conseguir el objetivo de la reducción del daño. Sin embargo, hablar de políticas de salud pública, no debe significar que sea imposible que en la singularidad de cada caso se reduzcan los daños o incluso se deje la droga.

#### *Concepción de la abstinencia*

En "Sobre simplificaciones y banalidades. La toxicomanía, un caso ejemplar" Silvia Quevedo (2007) plantea que el paradigma de reducción de daños interpela críticamente los modelos abstencionistas hegemónicos. Propicia la invención de dispositivos, prácticas e intervenciones flexibles y alternativas a la abstinencia obligatoria que se inscriben precisamente en el reconocimiento de las complejas relaciones de los sujetos con los nuevos modos de gozar en la cultura. Estas estrategias se basan en el tratamiento a demanda: respetar la decisión de los usuarios de elegir la modalidad de tratamiento más acorde a sus posibilidades.

En el mismo sentido, Marlatt (1998) sostiene que este abordaje reconoce la abstinencia como resultado ideal pero acepta las alternativas que reducen el daño. En algunos programas de tratamiento como el ofrecido por la Comunidad Terapéutica, la abstinencia es requerida como condición previa al tratamiento, por lo cual, se rechaza la admisión de pacientes que aún consumen. El autor sitúa la paradoja de esta exigencia: el individuo debe primero conseguir la abstinencia para poder recibir el tratamiento indicado con objeto de mantener la abstinencia. Desde la perspectiva del modelo de enfermedad, la adicción es considerada como una enfermedad que no puede ser curada sino solo "detenida" por un compromiso de abstinencia. Cualquier consumo posterior de drogas se define como una recaída de la enfermedad, un resultado inevitable determinado por factores biológicos ajenos al control del individuo.

En este sentido, desde la perspectiva de reducción de daños se define a los tratamientos ofrecidos como servicios o tratamientos de "bajo umbral", como alternativa a los enfoques que sitúan la abstinencia como requisito de alta exigencia o condición previa para recibir tratamiento o asistencia. De esta manera, no se plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition para el inicio y despliegue de un tratamiento y no se desestima la posibilidad de cierta regulación en el consumo. Si se produce la abstinencia, la misma será como efecto, por "añadidura", no por condición, como objetivo o como modelo.

Siguiendo a Quevedo (2007) desde esta estrategia de objetivos intermedios a la abstinencia, es posible propiciar una gama de alternativas que recorren un amplio espectro desde la adopción de prácticas menos dañinas: pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambio de vía de administración, regulación de dosis y frecuencia, hasta la inclusión en dispositivos de mayor exigencia tales como los tratamientos de sustitución exclusivamente destinados a los usuarios de opiáceos.

Seguendo a Marlatt (1998), los programas de bajo umbral lo consiguen a través de varios medios: saliendo a la calle y consiguiendo asociarse y cooperar con la población necesitada de nuevos programas y servicios, reduciendo el estigma asociado con conseguir ayuda para este tipo de problemas, ofreciendo un enfoque sano y normalizado al consumo de sustancias de alto riesgo, etc. Un enfoque integrado de baja exigencia es diseñado para fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas y mecanismos de apoyo social.

Seguendo al autor, cuando no toda intervención debe tener por objetivo final la abstinencia, se permite la convivencia con las drogas y brinda la posibilidad de pensar de distinta manera tanto la cura como la prevención en el registro de lo posible.

## ANÁLISIS COMPARATIVO

### *Comunidad Terapéutica y Tratamiento Psicoanalítico*

Una de las diferencias que se encuentran entre la comunidad terapéutica (C.T) y el tratamiento psicoanalítico es el lugar otorgado al sujeto. En la comunidad terapéutica el tratamiento no suele ser individualizado, predominan los dispositivos contruidos para la participación grupal en consonancia con el concepto de comunidad y pertenencia. Mientras tanto, en el psicoanálisis el tratamiento depende del caso a caso, el dispositivo analítico atiende las particularidades de cada sujeto, no imponiendo normas y criterios generales y por lo tanto, el tratamiento es generalmente individual. En la C.T el tratamiento esta preestablecido en distintas etapas, en las cuales se abordan tanto el aspecto psicológico (conductual) como farmacológico. El tratamiento psicoanalítico aborda únicamente el aspecto psíquico de las toxicomanías, aunque no excluye la interconsulta y la realización en paralelo de un tratamiento farmacológico/psiquiátrico con otro profesional en los casos en que se considere necesario.

A su vez, las intervenciones de la C.T están centradas principalmente en el tóxico, aunque se sabe que ello no constituye una solución definitiva por eso se contemplan las "recaídas" como una situación inevitable durante del tratamiento y posteriormente. En el tratamiento que brinda el psicoanálisis el acento está puesto en el trabajo psíquico del sujeto, la oportunidad de hablar sobre su sufrimiento y encontrar la función o la causa profunda de su adicción, sin intervenir directamente sobre el tóxico. En este sentido, Naparstek (2008)

analiza la situación de la clínica actual en las instituciones que excluyen a los pacientes que no se acomodan a sus reglas tales como la CT, afirmando que se posicionan desde el lugar de Otros completos que no pueden albergar el lugar del deseo. En función de ello afirma: “Cuando se entra en una institución hay que ver qué de singular tiene el sujeto, y para que aparezca algo singular de ese sujeto tiene que haber una institución que los tome en tanto Otro barrado” (Naparstek, 2008, p. 134).

Este criterio también depende de las concepciones teóricas y clínicas respecto a la causa de las toxicomanías, para la concepción que sostiene el modelo de abstinencia es la droga la causa de la toxicomanía, esta última es su consecuencia negativa y depende de las condiciones en que el sujeto realice dicha práctica, de allí la necesidad de aislamiento para imponer la abstinencia. En el caso del psicoanálisis, la causa de las toxicomanías se sitúa a nivel psíquico y por ello la abstinencia, como recurso real, no resuelve la problemática.

C. Zaffore en “Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo” (2008) plantea que lo objetable de la terapéutica de las C.T es que no hay interrogantes en el adicto acerca de las causas individuales que propiciaron su adicción. Poner el acento exclusivamente en la droga como objeto, es perder el verdadero eje de la cuestión, ya que la droga es uno de los tantos objetos culturales que ofrece el mercado para colmar la falta de ser. Un verdadero trabajo es ubicar el modo en que un sujeto se relaciona con este objeto. A su vez, la función de la droga también constituye un nuevo valor en cuanto al diagnóstico, este punto es clínicamente crucial porque es el problema de muchos tratamientos en las comunidades terapéuticas, donde todos son tratados como adictos y, por lo tanto, hay una misma idea de cura e igual tratamiento para todos. De este modo se pierde la importancia de las singularidades subjetivas.

También se observa una diferencia en la concepción de demanda, en el caso de las C.T, la demanda equivale al motivo de consulta y está reducida a la manifestación de voluntad de realizar un tratamiento para abandonar el consumo, constituye una exigencia. Por su parte, el psicoanálisis plantea la elaboración de la demanda durante el período de entrevistas preliminares, a partir de la implicación subjetiva y una suposición de saber que no se posee sobre aquello que al sujeto le genera sufrimiento y que es transferida al analista como demanda de saber. En este punto, Lacan en “Psicoanálisis y Medicina” (1967) aborda la demanda del enfermo incluyendo la emergencia de las toxicomanías como producto de la ciencia. En primer lugar, plantea de modo general un interrogante acerca de cuál es la

demanda del enfermo, afirmando que no siempre se trata de una demanda de curación dirigida al profesional:

“Cuando el enfermo es enviado al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de éste pura y simplemente la curación. Pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él está totalmente aferrado a la idea de conservarla.”  
(Lacan, 1967. p 6.)

Al considerar las implicaciones éticas que impone esta demanda, aborda la cuestión de adicción a los psicofármacos:

“Materialicémoslos bajo la forma de los diversos productos que van de los tranquilizantes a los alucinógenos. Esto complica singularmente el problema de lo que hasta ahora se ha calificado, de una manera puramente policial, de toxicomanía. Si un día estuviésemos en posesión de un producto que nos permita recoger información sobre el mundo exterior, no veo como una contención policial podría ejercerse. Pero igual será la posición del médico para definir estos efectos a los cuales hasta aquí mostro una audacia alimentada sobre todo de pretextos pues, desde el punto de vista del goce, que es un uso ordenado de lo que se llama, más o menos adecuadamente tóxicos, que puede tener de reprehensible, a menos que el médico no entre francamente en lo que es la segunda dimensión característica de su presencia en el mundo, a saber, la dimensión ética” (Lacan, 1967, p 7.)

Lacan plantea la situación a la que se enfrenta el médico respecto de la demanda de goce en la demanda del enfermo cuando la demanda de curación es empujada hacia un deseo que la excede y de la cual el médico pierde el control. La dimensión del goce es excluida por el médico en lo que Lacan llama la relación epistemo-somática. Allí sitúa la dimensión ética del médico a nivel de la respuesta a la demanda del enfermo sosteniendo que la respuesta ética es aquella que esta advertida de la falla que se sitúa entre la demanda y el deseo. Esto implica suponer un sujeto y que es un sujeto el que enferma y no un mero cuerpo biológico; el ignorar la dependencia del cuerpo con respecto al significante y al goce, se traduce en una ilusión de adecuación epistemo-somática. Efectivamente lo que orienta la respuesta ética es la falla, que posibilita constituir un espacio para el deseo del sujeto. Estas consideraciones de Lacan se podrían aplicar a la posición del profesional en la Comunidad Terapéutica, posición

que Lacan atribuye a la posición no ética del médico cuando la “demanda” en forma de motivo de consulta, es acogida como demanda de curación sin considerar la dimensión de goce implicada en las toxicomanías.

Por otro lado, una de las principales diferencias radica en la concepción de la abstinencia, en el caso de la Comunidad Terapéutica es un criterio de internación, de ingreso al tratamiento, constituyendo a su vez el objetivo del mismo dado que se apunta a una deshabitación. Por su parte, el psicoanálisis no se orienta a quitar la droga, sino que se espera que ello suceda por añadidura, debido a un cambio de posición subjetiva y a una sintomatización de la adicción. Se sostiene que nunca la droga se abandona por un esfuerzo de la voluntad sino que es necesario producir un cambio en la economía psíquica. Desde la perspectiva psicoanalítica, la realidad externa se modifica desde un cambio psíquico interno y no en forma inversa. En este sentido, Fleischer (2005) sitúa como causa de fracaso del tratamiento propuesto por la C.T el contexto poco realista en el que se impone el objetivo de la abstinencia ya que se realiza fuera del contexto social del sujeto, en una situación de aislamiento, enmarcado en un corte repentino del consumo. Kameniecki (2006) sitúa la otra cara de la problemática, cuando el paciente se externa y vuelve al mundo de la realidad cotidiana, fuera de ese lazo que le proveía la comunidad, muchos sujetos recaen en el consumo de tóxicos, en algunos desencadenando otras patologías.

En la C.T se impone como primer medida del tratamiento la abstinencia para todos, generalmente sin considerar que la práctica del consumo de drogas se instala sobre una estructura clínica determinada y propia de cada sujeto. Desde el psicoanálisis, en el tratamiento de las toxicomanías, la estructura es considerada teniendo en cuenta la función que puede tener el tóxico en las distintas estructuras. En la CT se suele realizar una clasificación de sintomatología y cuadros psicopatológicos únicamente en virtud de determinar el tratamiento farmacológico correspondiente.

El hecho de tener que adaptarse a la comunidad, aceptando sus reglas, rutinas y el manejo de la abstinencia determina un tratamiento basado en dispositivos o programas coercitivos y correctivos en el sentido de imponer ciertos criterios para modificar la conducta adictiva. En este punto, desde el psicoanálisis se sostiene que la relación del sujeto con la droga no se resuelve mediante el encierro o con programas educativos. Para el psicoanálisis, la palabra es la herramienta principal que puede operar en la modificación de la relación del sujeto con la droga, lo cual le permitirá modificar su posición subjetiva respecto a aquello que lo fija a la repetición del consumo. En este sentido, Héctor López (2003) afirma:

“Si la adicción se explicara por lo real de la sustancia, sería suficiente con la desintoxicación y la deshabitación para alcanzar la cura. Podrían justificarse así, los tratamientos coercitivos. El fracaso de estas curas se debe a que, preocupadas por extirpar la droga del cuerpo, individual y social, dejan de lado la implicación del sujeto en la funcionalidad que le ha otorgado a la intoxicación. La cualidad tóxica de las drogas, depende más del contexto discursivo en que la ingesta se produce que de la propiedad real del fármaco. (López, 20063, p.140).

A su vez, la Comunidad Terapéutica plantea modificar las conductas a través de modelos o roles que señalan lo correcto/incorrecto que los sujetos deben aprender de sus terapeutas. En el caso del psicoanálisis, el tratamiento no está centrado en la modificación conductual sino psíquica y el analista no se propone como modelo a seguir, tal como lo enuncia Lacan en “La dirección de la cura y los principios de su poder” (1958), el analista dirige la cura y no al paciente, no ejerce poder alguno sobre él.

#### *Comunidad Terapéutica y Reducción de daños*

En primer lugar, respecto al lugar otorgado al sujeto, mientras que en la C.T el eje se desplaza del sujeto al tóxico, en la Reducción de daños la postura es ambigua dado que los distintos tipos de intervención toman en cuenta en menor o mayor medida al sujeto. En el extremo de otorgar un lugar central al tóxico, encontramos en ambos el tratamiento farmacológico, en el caso de la C.T el tratamiento está orientado a atenuar y sobrellevar las consecuencias del estado de abstinencia, mientras que en la Reducción de daños se plantea la sustitución de una droga por otra que produzca un efecto similar pero que ha sido comprobada científicamente como menos dañina que la original, aquí no pretende arribar a la abstinencia.

Al tratarse de políticas que proponen distintos abordajes, algunos atienden a la particularidad de cada sujeto como la propuesta clínica de terapia individual pero en su mayoría se trata de acciones que exceden el ámbito clínico, con impacto a nivel social. A nivel clínico, encontramos a su vez distintas orientaciones como el psicoanálisis y la terapia cognitivo conductual. Este último tipo de clínica desplaza la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva y en este punto se asemeja a la C.T al estar centrada en la modificación de las conductas inherentes a la adicción.

En cuanto al lugar y rol del profesional/terapeuta, Fleischer (2005) plantea que a diferencia del enfoque de Reducción de daños, la C.T se ubica en una postura moral que designa el modelo a seguir y las conductas correctas e incorrectas; para modificarlas el sujeto debe identificarse con el operador socio-terapéutico. Por el contrario, en la propuesta de la prevención de daños se trata de respetar las decisiones personales del sujeto con relación a sus hábitos de consumo y aceptar al adicto como un miembro de la sociedad sin estigmatizarlo por su conducta adictiva.

Respecto a la concepción de abstinencia se encuentra la mayor diferencia. Como se situó anteriormente, la C.T tiene como admisión, ideal y concepto de cura, la abstinencia. Este tipo de instituciones no están pensadas, ni adaptadas para recibir las problemáticas de sujetos que no quieren dejar la droga o para aquellos que buscan reducir el nivel de consumo. En el caso de la Reducción de daños, se parte de la premisa de que la abstinencia es en la mayor parte de los casos un objetivo imposible de cumplir y por lo tanto, la propuesta es minimizar los efectos negativos del tóxico tanto a nivel psíquico como físico o la regulación del consumo.

También vinculado a la concepción de abstinencia, la C.T toma la modalidad de internación, encierro y aislamiento social. Por el contrario, en la Reducción de daños se promueve no aislar a la persona de sus vínculos, actividades laborales, educativas, etc. Se sostiene que la contención que se logra en la internación para el periodo de abstinencia, puede ser sustituida por una "estrategia" que incluya a la familia y vínculos sociales como redes de apoyo.

#### *Reducción de daños y Tratamiento psicoanalítico*

Respecto al lugar otorgado al sujeto, la Reducción de daños se sitúa en un punto intermedio entre el tratamiento psicoanalítico centrado en la particularidad del sujeto y la Comunidad Terapéutica, centrada en el tóxico. En la Reducción de daños se proponen distintos abordajes, encontramos algunos que atienden a la particularidad de cada sujeto como la propuesta clínica de terapia individual y abordajes a nivel social y grupal a través de distintos tipos de programas, entre ellos, los programas de sustitución farmacológica constituyen la vertiente centrada en el tóxico. A su vez, la Reducción de daños dentro de la práctica clínica puede abarcar tanto un enfoque psicoanalítico como cognitivo-conductual u otras orientaciones. En este sentido, posee un abordaje amplio que incluye la intervención psicológica, social y comunitaria, sumado a la participación del medio social y familiar.

Si bien ambos desplazan el eje del tóxico al sujeto, se puede plantear que la Reducción de daños está centrada mayormente en la conducta del sujeto y el psicoanálisis en el psiquismo. Las diferencias dependerán de qué orientación clínica se privilegie en el abordaje de la Reducción de daños. Otra diferencia en cuanto a la concepción del sujeto se observa en la acentuación de la dimensión de la “conciencia” por parte de la Reducción de daños, ya que se propone aumentar la conciencia del sujeto acerca de los daños que le ocasiona la droga y su capacidad de elección. Desde el psicoanálisis, se sostiene que la relación que fija al sujeto con el tóxico y los mecanismos de la adicción se sitúan a nivel inconsciente, por lo cual el tratamiento apunta a la determinación inconsciente en la dirección de la cura.

Una diferencia importante se sitúa en que el psicoanálisis posee una fundamentación y metodología clínica basada en un desarrollo teórico respecto al sujeto. En función de esta cuestión, Inchaurreaga (2004) plantea que el psicoanálisis le puede brindar a la prevención de daños la posibilidad de pensar clínicamente las respuestas del sujeto en relación a la droga. Desde allí se pueden construir nuevas modalidades de intervención en reducción de daños y asistencia, a ser tomadas en cuenta por las políticas sociales y de salud, donde las conceptualizaciones comanden la dirección de la cura en la clínica con adictos.

En cuanto al lugar y rol del profesional, ambos tipos de tratamiento proponen que el profesional no se ubique como modelo a seguir, en ninguno de los dos casos se sitúa desde una perspectiva moralista indicando al sujeto que debe hacer a través de reglas y principios de conducta. Sin embargo, el psicoanálisis enfatiza la importancia del establecimiento del vínculo entre el profesional y el sujeto, ya que la cura se produce en transferencia.

Con respecto a la abstinencia, ambos pueden caracterizarse como tratamientos “de bajo umbral” en la medida en que no se le exige al sujeto iniciar el tratamiento en estado de abstinencia ni tener como ideal de cura el cese total del consumo. Se entiende que la abstinencia puede advenir por añadidura, acorde a las posibilidades de cada sujeto.

# CONSIDERACIONES FINALES

Con el propósito de identificar las particularidades de la clínica psicoanalítica en tratamiento de las toxicomanías, partimos de las consideraciones teóricas que permiten dar cuenta del origen o causa de esta presentación clínica. En el recorrido realizado, analizamos los determinantes psíquicos y situamos como fuente de las toxicomanías una estructura psíquica incapaz de soportar la abstinencia estructural, es decir, el dolor ocasionado por la falta de objeto constitutiva y una tendencia a la satisfacción autoerótica que opera a través de la evitación de la castración y del rechazo a la función del significante falo, teniendo en cuenta su raíz en las fallas de la función paterna.

Por otro lado, se han identificado los aportes sobre aquellos aspectos o factores sociales que atraviesan a las toxicomanías, la incidencia del discurso capitalista y el goce que éste promueve en rechazo de la castración, el ideal del hedonismo, la caída del Otro y de la ley, la desconexión con el Otro y finalmente las diferencias que se observan entre las toxicomanías y los llamados síntomas clásicos del psicoanálisis.

Para plantear los fundamentos clínicos que sostienen el tratamiento que brinda el psicoanálisis se parte de la consideración de la operación implicada en la creación de la toxicomanía, la “operación farmakon” postulada por Sylvie Le Poulichet y sus dos presentaciones o montajes: toxicomanías de suplencia y de suplemento, que permiten explicar el lugar que el tóxico viene a ocupar en el psiquismo mediante la operación. Otro de los fundamentos centrales es el mecanismo inconsciente específico de las toxicomanías, la cancelación tóxica, propuesto por Héctor López, que pone en cuestión aquellas consideraciones que suponen una satisfacción pulsional como experiencia de placer en el acto de drogarse. Por otra parte, considerando que las toxicomanías no constituyen una estructura clínica diferenciada, se identificó su articulación con las tres estructuras clásicas del psicoanálisis: neurosis, psicosis, perversión; a partir de situar la función que el tóxico puede desempeñar en cada una de ellas.

Teniendo como eje los pasajes clínicos que se despliegan a lo largo del tratamiento, se identificaron las características específicas del tratamiento de las toxicomanías que brinda el psicoanálisis y a su vez, se indagaron otros dos abordajes: la Comunidad Terapéutica y la Reducción/prevenición de daños. Esta investigación no pretende reducir el abordaje de las toxicomanías a los tratamientos mencionados ya que no son los únicos, aunque se puede considerar que los tres tratamientos descriptos permiten dar cuenta de las diversas perspectivas respecto de una misma presentación clínica.

La presencia de distintos abordajes y tratamientos es también producto del hecho de que la toxicomanía se encuentra atravesada por el entrecruzamiento de múltiples discursos (médico, social, jurídico, económico, político, etc.). Acorde a cuál de los discursos prime, será la definición que se tenga de la misma (enfermedad, flagelo, trastorno, etc.) y del sujeto que la padece.

El tratamiento psicoanalítico no suele ser promocionado por el mercado ya que no responde a los estándares generales propuestos por los intereses capitalistas, en cuanto que no plantea de antemano una cura en un determinado número de sesiones ni objetivos predeterminados, siendo cuestionada en este punto su eficacia, eficacia medida como abstinencia de consumo sin contemplar las posibles "recaídas" que se suceden posteriormente.

Siguiendo a Galante en "La adicción al hedonismo" (2008), el psicoanálisis se ha diferenciado de los tratamientos que proponen como cura la abstinencia, de los que proponen el imperio de las leyes morales o de los que apelan a un dominio de la voluntad de goce ya que sintomatizar la función que tiene el tóxico para el sujeto requiere de un tiempo que no puede ser regido por los ideales del mercado. La concepción clínica que ha imperado es el abordaje terapéutico que se centra en estrategias que pretenden obstaculizar el acceso del sujeto al tóxico conllevando no solo la supresión del objeto sino también del sujeto y, por ende, dejando intacta la subjetividad de quien consume.

De acuerdo a Kameniecki (2006), desde la perspectiva psicoanalítica, la cuestión no reside en la abstinencia sino en la renuncia o caída de esa prótesis que constituye el tóxico para ese sujeto en particular. En este aspecto, señalamos una semejanza con la concepción de la Reducción de daños y una notable diferencia con los criterios de las Comunidades Terapéuticas.

Una de las distinciones centrales entre los abordajes descritos se sitúa en que el psicoanálisis puede dar cuenta de una conceptualización teórica sobre las toxicomanías, su causa y los factores que intervienen en la subjetividad sobre la cual se sostienen los fundamentos clínicos del tratamiento.

Más allá de que el sujeto no se encuentre propiamente en análisis sino en entrevistas preliminares, el tratamiento psicoanalítico produce efectos analíticos y efectos terapéuticos por el hecho de otorgar la palabra al sujeto y dar lugar a hablar de su sufrimiento, el objetivo

principal es que el sujeto modifique su posición subjetiva ante su adicción y encuentre el sentido y causa de la misma.

A su vez, si para estos sujetos el saber se encuentra en el tóxico, se deberá inicialmente trabajar en un desplazamiento de ese saber hacia la persona del terapeuta, es decir, construir la demanda, he aquí otra de las diferencias radicales del psicoanálisis con otras terapéuticas. Desde esta perspectiva, la construcción de una demanda no se entiende en términos de manifestación de voluntad como en la Comunidad Terapéutica sino de suponer un saber inconsciente, un mensaje detrás de la operación tóxica que interroge al propio sujeto. Este pasaje es propio de toda cura, sin embargo en el caso de las toxicomanías generalmente se deben atravesar obstáculos que dependerán del lugar que ocupa el tóxico en cada sujeto.

Esto implica desplazar el acento de la sustancia como causa de las conductas y ponerlo en las condiciones particulares del sujeto: su estructura, su historia, el contexto sociocultural y el lugar que el tóxico tiene en su economía psíquica. Es con este abordaje que un sujeto puede encontrar la causa profunda que lo liga a ciertos objetos y es él quién construirá su teoría sobre el malestar que lo aqueja.

Lo que el psicoanálisis ha aportado de relevante es plantear la cuestión en el registro de la palabra, es una clínica que pasa siempre a través del lenguaje y que por lo tanto requiere la constitución de un vínculo transferencial. La importancia otorgada a la transferencia, también distingue al tratamiento psicoanalítico de los otros tratamientos, en la medida en que se considera que la cura se realiza necesariamente en transferencia. Este punto constituye un desafío en la clínica de las toxicomanías dado que como se ha identificado conlleva grandes obstáculos, no únicamente provenientes del sujeto sino también de dificultades que pueden surgir producto del posicionamiento del analista en el caso en que instaure una rivalidad con el tóxico, de aquí la importancia de la abstinencia del analista.

A través del vínculo transferencial, se trata de “instaurar otra escena” y constituir el lugar de un Otro tal como lo propone Sylvie Le Poulichet (1996), de modo que ese Otro se convierta para el sujeto en un lugar que posibilite la elaboración del cuerpo en la palabra, esto es, que a través de la misma, el cuerpo pueda recomponer sus trayectos pulsionales y relanzar así su deseo.

En psicoanálisis, la dirección de la cura se sostiene desde la posición del analista, desde la ética del deseo, dirigir la cura sin ejercer un poder sobre el sujeto para sostener de ese modo la palabra y el deseo. En este punto se diferencia del tratamiento brindado por la Comunidad Terapéutica, en el cual el profesional se posiciona desde un lugar de ideal, de modelo a seguir para modificar la conducta adictiva.

Por último, hemos situado el punto de llegada en el tratamiento psicoanalítico: que la operación del farmakon tome el estatuto de síntoma neurótico, es allí cuando el paciente intenta encontrarle un sentido a aquello que lo hace sufrir. Ante el síntoma, se trata de desplegar en lugar de qué significado ese significante viene a ubicarse, de allí que la palabra del sujeto en el tratamiento tiene el carácter de necesaria.

Para concluir, de acuerdo a López (2003) no se trata de tomar una posición irreflexivamente contraria a los tratamientos que difieran del psicoanálisis ya que sustituir la droga por la religión, por la metadona, u otros, constituye a veces lo único posible para ciertos sujetos, debe ser considerado y evaluado en la particularidad del caso.

De todas maneras, un tratamiento debería tener como eje al sujeto y no al tóxico, tomando el caso en su singularidad. Se trata de hacer advenir un sujeto allí donde la operación del farmakon implica un borramiento del mismo.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrionuevo, J. (2010). "Drogadicción en la adolescencia". Buenos Aires: Gabas.
- Comas Arnau, D. (2008) "La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro". *Revista Española de Drogodependencias*, n° 33, 238-254.
- Donghi, A. Vázquez, L. (2000) "Adicciones, Una clínica de la cultura y su malestar". Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Fleischer, D. (2005) "Reducción de daño/ Comunidad terapéutica". *Psicoanálisis y Hospital*, n°27,97-103.
- Freud, S. (1920). "Más allá del principio del placer". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1920). "Sobre la cocaína". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1906): "Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis" Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1898) "La sexualidad en la etiología de las neurosis". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1926) "Inhibición, Síntoma y angustia". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos de la teoría sexual". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud S. (1912). "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1912) "Conferencia 28. La Terapia analítica". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1929). "El malestar en la cultura". Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1985) "Proyecto de Psicología". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1986). "La herencia y la etiología de las neurosis". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Gianzone, R. (2005) "Los divorciados del falo". *Psicoanálisis y Hospital*, N° 27, 131-134.
- Heinrich, H. (1996) "Cuando la neurosis no es de transferencia", en *Colección: La clínica en los bordes*. Buenos Aires: Ed. Homo Sapiens.
- Inchaurreaga, S. (2008) "Políticas de drogas. balance y perspectivas a nivel nacional e internacional". *Publicación del Centro de Estudios para la Democracia Social*, N° 1,1-5.

- Inchaurreaga, S. (2004) "Reducción de daños en usuarios de drogas en Latinoamérica: difícil, posible, necesario" (inédito).
- Jáuregui, I. (2000) "El sentido moral del toxicómano. Entre el deseo y la ley. Orientaciones para una intervención". *Gazeta de Antropología*, n°16, 1-9.
- Kameniecki, M. (2006) "Clínica Institucional en toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel ". Buenos Aires: Letra Viva.
- Korman, V. (1995) ¿Y antes de la droga, qué?. Barcelona: Edit. Grup Igia.
- Lacan, J. (1938). "La familia". Barcelona: Argonauta.
- Lacan, J. (1958) "El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del Inconsciente". Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1959). "El deseo y su interpretación. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1977). Apertura de la sección clínica. *Ornicar*, N°3, 1-5.
- Lacan, J. (1958) «La dirección de la cura y los principios de su poder», en *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1967). "Psicoanálisis y medicina". Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Lacan, J. (1975). "Clausura de las Jornadas de Carteles de la Escuela Freudiana de Paris" (inédito).
- Laurent, Eric (1997). "Tres observaciones sobre la toxicomanía" *En Sujeto, goce y modernidad número 2*. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Le Poulichet, Sylvie (1996). "Toxicomanías y psicoanálisis". Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- López H. (2003) "Las adicciones, sus fundamentos clínicos". Buenos Aires: Ed. Lazos.
- Marlatt GA. (1998) "Reducción del daño: Principios y estrategias básicas"(inédito)
- Naparstek, F. (2008) "Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo". Buenos Aires: Ed. Grama.
- Oks, C. (2005) "Dos días sin siesta. para un estudio psicoanalítico de las comunidades terapéuticas". *Psicoanálisis y Hospital*, N° 27, 189-194.
- Palacios, J. (2013). "Comunidad terapéutica. Una definición operativa". Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Recuperado de <http://federacionlatinoamericanadecomunidades terapeuticas.org/>
- Piotte, V.; Sruber, L.; Torregiani, J. (2005) "Psicoanálisis aplicado a las toxicomanías: cuestionando la abstinencia en la clínica" *Psicoanálisis y Hospital*, N° 27, 164-167.

- Pujó, M. (2003) "Patología de época". *Psicoanálisis y el hospital*, N° 24, 11-13.
- Quevedo, S. (2007) "Sobre simplificaciones y banalidades. La toxicomanía, un caso ejemplar". Buenos Aires: Ed. Letra Viva.
- Recalcati, M. (2003) "Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis". Madrid: Ed. Síntesis
- Recalcati, M. (2004) "La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe". *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación Lacaniana*, n°10 (III), 2-6.
- Rossi, E. (2005) "La toxicomanía y su tratamiento desde el psicoanálisis. una cuestión ética". *Psicoanálisis y Hospital*, N° 27, 151-154.
- Sinatra, E. (2008). "El toxicómano es un sin-vergüenza". *Virtualia: Revista digital de la Escuela de la orientación Lacaniana*, n° 17, 2-7.
- Sinatra, E. (2010). "¿Todo sobre las drogas?". Buenos Aires: Grama.
- Somenzini, J. (2005) "Lo que le pasa a un adicto" (inédito)
- Staude, S. y Couso, O. (1998). "Las adicciones: el fracaso del síntoma", Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo. Rosario. (Inédito)
- Staude, S. (2001). "La drogadependencia y el psicoanálisis". *PsicoAdic: Centro Virtual de Información y Atención orientado al tratamiento y prevención de las adicciones y otras problemáticas actuales* (inédito).
- Staude, S. (2007). "Las adicciones y la pasión por la ignorancia". *Desde el Jardín de Freud*, n° 7, 55-64.
- Staude, S. (2011) "El objeto por-venir en el tratamiento psicoanalítico de las adicciones". Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.efbaires.com.ar>
- Tarrab, M. (2011) "Una experiencia vacía". México: Varité, sobre toxicomanías y alcoholismo, publicación virtual de la Nueva Escuela Lacaniana. Recuperado de <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/varite/edicion/Sobre-Toxicomanias-y-Alcoholismo/309/Una-experiencia-vacia>

**ANEXO**

**SUGERENCIAS SOBRE EL**

**PLAN DE TRABAJO**

## **Plan de Trabajo**

### **Investigación de Pre-grado**

**-Objetivo general:**

Analizar y plantear, mediante un estudio bibliográfico, las particularidades de la clínica psicoanalítica en el abordaje y tratamiento de las toxicomanías.

**-Objetivos Particulares:**

- a) Situar los aportes de autores clásicos y contemporáneos del psicoanálisis, sobre los aspectos psíquicos de la constitución subjetiva que se constituyen como causa de las toxicomanías.
- b) Identificar los aportes de autores contemporáneos del psicoanálisis que señalan un vínculo entre las toxicomanías y los factores sociales.
- c) Plantear los fundamentos clínicos específicos que sostienen el tratamiento que brinda el psicoanálisis a las toxicomanías.
- d) Caracterizar y comparar el tratamiento psicoanalítico de las toxicomanías con las características del tratamiento que brinda la comunidad terapéutica, por una parte, y las políticas de prevención de daños por otra.

**-Métodos y técnicas:**

El presente trabajo constituye una investigación bibliográfica, que implica una revisión de la literatura publicada acerca del objeto de estudio, a través de fuentes de información tales como libros, artículos, revistas y bases de datos. A partir del material obtenido, se realizará una lectura crítica y sistemática del mismo en virtud de los objetivos planteados.

Para la organización de la lectura y la posterior elaboración escrita de los apartados, se utilizará como técnica la realización de fichas de contenido, las cuales reúnen aportes de distintos autores sobre una misma temática o concepto. Las fichas de contenido están compuestas por: un encabezado en el que consta el tema o subtema, la fuente de procedencia (autor, título y páginas) y el contenido propiamente dicho. Entre los tipos de fichas de contenido se utilizará una ficha mixta, la cual contiene un resumen del texto y citas textuales.

La investigación bibliográfica se define como un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material.

Por lo tanto, la investigación no se reduce a una mera recolección y exposición de la información, sino que se analizará y articulará el material obtenido con el fin de plantear nuevas elaboraciones acerca de la temática.