

OSCAR GUTIÉRREZ SEGÚ

**ADICCIONES
Y PSICOANÁLISIS**

**Letra
Viva**

Gutiérrez Segú, Oscar

Adicciones y psicoanálisis – 1ª ed. – Buenos Aires : Letra Viva, 2013.

92 p. ; 22 x 14 cm.

ISBN 978-950-649-478-0

1. Psicoanálisis. I. Título

CDD 150.195

Edición al cuidado de LEANDRO SALGADO

© 2013, Letra Viva, Librería y Editorial

Av. Coronel Díaz 1837, (1425) C. A. de Buenos Aires, Argentina

E-MAIL: info@imagoagenda.com / WEB PAGE: www.imagoagenda.com

Por contactos con el autor:
clinicausol@usol.com.ar

Impreso en Argentina – Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquier método, incluidos la reprografía, la fotocopia y el tratamiento digital, sin la previa y expresa autorización por escrito de los titulares del *copyright*.

Índice

Prólogo, NICOLÁS GACCETTA	9
Puntualizaciones sobre la droga	13
Dependencia, abuso. Puesta en cuestión de la “ideología toxicómana”.	17
Toxicomanía ¿enfermedad o signo?.	31
La toxicomanía como manifestación del padecimiento del sujeto	39
El camino de la cura	43
Estructura, desamparo y abandono	57
La estructura. El sujeto de la palabra	69
Psicotrópicos en el tratamiento del malestar	79

"No nos convertimos en lo que somos sino
mediante la negación íntima y radical de lo que
han hecho con nosotros"

J. P. SARTRE (Prólogo al libro *Los condenados
de la tierra* de Frantz Fanon)

PRÓLOGO

Zbigniew J. Lipowski nace en Polonia en 1924 y muere en Canadá en 1997. Luego de sortear los Campos de Concentración nazis, había transitado por Inglaterra y EE.UU. En Abril 1989, el volumen 34 del Canadian Journal of Psychiatry, publica un artículo de Z.J.L. titulado: *Psychiatry: Mindless or Brainless, Both or Neither?* donde advierte Lipowski sobre dos cuestiones actuales, en curso (current fad¹, dice el artículo). Una dice que el propósito de revivir el obsoleto término "neuropsiquiatría", es divisivo y superfluo. Otra (another current fad) es decir a los pacientes que ellos sufren de un desequilibrio químico en su cerebro. La potencia de dicha afirmación es del mismo orden que si usted le dice al paciente usted está vivo. Se confunde la diferencia entre etiología y correlación, y causa y mecanismo, una confusión común en nuestro campo. Le da al paciente una impresión engañosa de que su desequilibrio es la causa de su enfermedad, que debe ser tratada por medios puramente químicos, que la psicoterapia es inútil y que de nada valen el esfuerzo y la responsabilidad personales para mejorar. Suponer, como todos hacemos, que los procesos bioquímicos subyacen en la actividad mental y el comportamiento, no implica que ellos sean los agentes causales, sino que más bien se constituyen en mecanismos de mediación. Ellos están

1. La traducción de *fad*, de conforme al diccionario Oxford y al diccionario Longman es: capricho, antojo, novedad, moda, manía, maña, chifladura, tendencia, comidilla. Qué habrá querido decir Lipowski?

influenciados por la información que recibimos de nuestro cuerpo y del medio ambiente y por el significado subjetivo que tiene esa información para nosotros. Es ese significado el que a la larga determina qué pensamos, sentimos y hacemos. Y nos autorizaríamos incorporar cómo y de qué nos enfermamos.

Mutatis mutandi, es la exacta síntesis del libro que usted tiene en sus manos ahora.

La angustia, en su forma clásica, se caracteriza por un peso que, quien la padece, la siente en su cuerpo. Otras veces se manifiesta de otros modos, que también involucran el cuerpo: sudoración, sensación de hipotensión, taquicardia, depresión, etc.

En el mundo reinante es posible, ciertamente, administrando recursos químicos, -psicofármacos-, atenuar al extremo este afecto; asombrosamente se difunde una conclusión que lo menos que podemos decir es que manifiesta un disparate (ver ut supra Lipowski): que la angustia, como afecto, no es más que un trastorno mental. Se pierde algo que pensadores como Heidegger, Sartre, más lejos Kierkegaard, reconocieron como una manifestación que habla del ser, de la existencia. I.Vegh.

Desde otro ángulo, las drogas legales o ilegales, de igual forma tienden a mitigar aquel afecto (...para ahogar hondas penas que tengo !!!). *Cancelar el malestar psíquico, no se cansa de repetir Gutiérrez Segú.*

Reducir el sufrimiento del paciente, proponiéndole una categoría nosológica con un código de Manual, donde el sujeto desaparece para ser presentado como un número más en las estadísticas, es quitarle la responsabilidad de su afección, ver ut supra Lipowski, es impedirle hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la imperfección que señala la enfermedad, la incompletud que señala la angustia, es sustraerlo de lo más humano que tiene y convierten a ese sujeto enfermo en enfermedad. J---- P---, enfermo, pasa a ser F 420.67, en el Eje I, Eje II, etc. etc.

Pero si el médico diagnostica y es el intermediario entre la enfermedad y las sustancias trastornadas en la sinapsis neuronal, el enfermo queda eximido de toda responsabilidad, no tendrá que preocuparse, pues el medicamento lo solucionará por él.

Freud en 1890, define Tratamiento Psíquico y remarca *que no es tratamiento de los fenómenos patológicos de la vida anímica. Quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma - ya sea de perturbaciones anímicas o corporales - con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esta índole es sobre todo la palabra, y las palabras son en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico.*

Es decididamente freudiano Gutiérrez Segú, diciendo a sus pacientes: *quiere curarse, hable*. En este lugar se ubica el psicoanalista pues *cuando el sujeto habla dice más de lo que dice sin saber lo que dice*, formaliza y machaca G.S., en todo el escrito.

Pero las palabras tienen una relación de inadecuación a las cosas, relación de inadecuación de los objetos a los deseos. La representación es necesariamente inadecuada, en tanto la adecuación suprimiría la causa y nuestra preocupación no tendría sentido. Y la coincidencia entre el representante y el objeto representado tornaría caduco el proceso mismo de la representación, que no es otro que el del pensamiento y la palabra. En el adicto, *la ilusión de un Goce posible siempre es más confortable que el riesgo del Deseo*, según Gutiérrez Segú, y la idea-frase, queda colocada como una inteligente marca a lo largo de todo el escrito.

Y es así como desfilan y se entrelazan los elementos fundamentales de la base freudolacaniana: Complejo de Edipo, Nombre del Padre, Otro Materno, Castración, Sujeto Supuesto Saber, je-moi; otro-Otro y considerables significaciones sumadas. Significaciones conceptuales que desfilan y se entrelazan en/con la práctica clínica profusamente transcrita en el libro.

El centro de la relación analista-paciente y el núcleo de la misma es: un sujeto habla de él a otro. Hay aquí en verdad varios enigmas. Enfatizamos uno por el momento: cuando yo hablo de mí. Lacan, con una claridad inusual define esto y establece un modo sentencioso de comprender el descubrimiento freudiano; *cuando yo hablo de mí el que habla no es el mismo de quien hablo*, escribe lacónicamente (Lacan, 1957). Y resume la división subjetiva.

En la práctica clínica suele ser (quizá es el único) eje de la consulta: yo no soy yo, yo no soy más yo, me desconozco, no me reconozco, me salgo de mí mismo, no soy yo mismo, estaba fuera de sí, me miro a mí mismo y sucedáneos. Todo esto es aquello que el sujeto intrincado en las drogas como síntoma, viene a decir más que con palabras con su condición.

Un síndrome (enfermedad) es un conjunto dispar de signos y síntomas. En la semiología es marcada la diferencia entre los signos y los síntomas. Los primeros son mensurables, cuantificables y sobre todo observables por parte del médico. Los segundos son aquellos que expresa el paciente y que escapan a la observación. En este punto comienza la tarea propuesta por Gutiérrez Segú en el texto.

No escapará al lector por los caminos allanados que encontrará el espíritu didáctico y magistral que reina en todo el volumen.

NICOLÁS GACCETTA

PUNTUALIZACIONES SOBRE LA DROGA

Vamos a comenzar planteando cuál es la definición de “droga”, de la cual se desprenden algunas conclusiones que se deberán tener en cuenta a la hora de determinar el abordaje de las toxicomanías.

DISCAPACIDAD

Droga/Drogas: Toda sustancia química capaz de afectar las funciones tanto fisiológicas como psíquicas (conducta) de los seres vivos. En psiquiatría se usa para designar aquellas sustancias psicoactivas capaces de conducir al sujeto que las consume a un cierto grado de adicción.

Diccionario de Medicina – Babylon www.babylon.com

Fundamentalmente, las alteraciones sobre el psiquismo que producen las drogas se pueden englobar como modificaciones en la percepción de la realidad del sujeto.

Puntualizando, en primer lugar, que de la “percepción de la realidad” de que se trata es de la *realidad psíquica*, la cual está determinada por la “disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles” (Freud dixit).

"Recordaremos, ante todo, que la acción conjunta de la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles determina, en cada individuo, la modalidad especial de su vida erótica, fijando los fines de la misma, las condiciones que el sujeto habrá de exigir en ella y los instintos que en ella habrá de satisfacer. Resulta, así, un clisé (o una serie de ellos), repetido, o reproducido luego regularmente, a través de toda la vida, en cuanto lo permiten las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos eróticos asequibles, pero susceptible también de alguna modificación bajo la acción de las impresiones recientes".²

En segundo lugar, en la definición que mencionamos, brilla por su ausencia cualquier referencia al sujeto padeciente que utiliza estas substancias, creando una falsa percepción de que las drogas actúan "per se", sin participación ni intención de quien las consume.

En tercer lugar, esta definición engloba tanto a las llamadas drogas ilegales, o sea, aquellas cuya comercialización, tenencia y consumo se encuentran comprendidas en la Ley de Estupeficientes, y aquellas que, si bien se reconocen con capacidad para desarrollar lo que se denomina, siguiendo el lineamiento teórico dominante en el campo de las adicciones, el "potencial adictivo del sujeto", no se encuentran comprendidas en la Ley antedicha: Nicotina y Alcohol.

En tanto que la definición antedicha abarca a todas las substancias con acción sobre el S. N. C., con la capacidad de alterar la "realidad" percibida por el sujeto, se incluye también a los psicotrópicos; de los cuales también se abusa, sobre todo de las Benzodiazepinas, a niveles dentro de los cuales sus usuarios pueden englobarse dentro de los "abusadores" o "dependientes".

Podemos preguntarnos entonces cuál es la función que cumplen las llamadas drogas, en general, en la economía psíquica

de un sujeto, dado que su utilización se realiza en base a lograr un objetivo que es claro: cancelar el malestar psíquico de quienes padecen de alteraciones que se encuadran dentro del campo de la denominada "Salud Mental".

Es una experiencia cotidiana que las dificultades del sujeto siempre se encuentran centradas en las perturbaciones que se desarrollan dentro de lo que, consideramos, son los avatares de las relaciones de odioenamoramamiento con sus semejantes. Allí se despliegan estos clisés determinados por la disposición congénita y las experiencias infantiles. Inhibiciones, síntomas, angustias son las que van determinando el malestar subjetivo, en tanto que sostienen lo que Freud denomina la "miseria neurótica".

Esta es la realidad psíquica que se percibe, siempre desarrollada más allá de cualquier presunta objetividad de esta percepción.

Las drogas brindan al sujeto la posibilidad de transformar esta percepción, produciendo, por tanto, un alivio al malestar que padece, al tiempo que es innegable que tienen efectos placenteros por acción farmacológica.

Es frecuente que el consumo se encuentre ligado a poder "ser otro", más acorde con los anhelos del individuo, superando las trabas y fantasmas de discapacidad y minusvalía que habitualmente padece. Estos problemas complejos se enraízan en certezas que no obedecen ni a experiencias o análisis objetivos de las posibilidades del sujeto, sino que dependen por una parte de los supuestos "dichos" del Otro. Dichos que, en ciertos casos, son realmente formulados en palabras, y otras veces, inferidos por el sujeto, a partir de lo vivido como falta de amor. Esto va a participar de la elaboración que cada sujeto realiza de las experiencias infantiles.

Las "drogas" ejercen su acción a través de su incidencia en los diferentes neurotransmisores cerebrales dopamina, serotonina,

² Freud, S. *Dinámica de la transferencia*. O.C. Ed. Biblioteca Nueva.

sistema gaba, produciendo efectos de excitación, inhibición de la excitación, sedación, etc. Esto hace que la clasificación de las "drogas", según su lugar de acción y el efecto que producen, se superponga a la que se utiliza para los psicotrópicos. Estas drogas son legales y su prescripción y administración se efectúa bajo la supervisión del psiquiatra, que las indica en función de tratar de corregir farmacológicamente las alteraciones que presentan los pacientes que demandan su atención.

Quienes consumen drogas resultan ser expertos alquimistas que logran realizar diversas combinaciones de las mismas según los efectos buscados. Estos efectos, en general, son la manera de rodear las dificultades que les presenta la vida cotidiana a partir de las inhibiciones en la realización de sus anhelos postergados, logrando así una cierta mascarada de lo que les agradaría ser. Mascarada en tanto no se produce ninguna modificación duradera de las dificultades, sino que lo que se produce es una apariencia de modificación transitoria, durante el período de tiempo en que se prolongue el efecto farmacológico.

DEPENDENCIA, ABUSO. PUESTA EN CUESTIÓN DE LA "IDEOLOGÍA TOXICÓMANA"

Es corriente que las toxicomanías se definan como una enfermedad crónica, cuyo agente etiológico es la o las sustancias psicoactivas que consume un sujeto. O sea que, el consumidor de sustancias psicoactivas adquiere un hábito tóxico que lo lleva al abuso y dependencia de la sustancia elegida.

El desarrollo de este hábito tóxico es lo que se denomina adicción, y la misma es considerada un efecto de la sustancia ingerida ya que una de las características de las "drogas" es producir adicción, o sea, que quien las consume tiene la necesidad de continuar el consumo de las mismas en cantidades crecientes, para poder sostener el efecto farmacológico, en tanto que también se reconoce que el consumo va produciendo un acostumbamiento físico a la acción farmacológica, cuestión ésta que merecerá un comentario posterior.

En el caso en que se produzca una interrupción del consumo se desarrollará lo que se denomina "síndrome de abstinencia". El mismo se caracteriza por la aparición de fenómenos desagradables y ansias, supuestamente irrefrenables, de volver a consu-

mir, como medio de suprimir el malestar producido por la ausencia del tóxico en el organismo.

Cierto es que la interrupción del consumo produce manifestaciones desagradables, ya que, al eliminarse el tóxico, se hacen presentes las dificultades subjetivas que producen el malestar que el paciente arrastra desde los inicios de su consumo, habiendo sido este malestar el que disparó la manifestación adictiva. Una de las características más importantes de las "drogas" es la de producir un cierto grado de "anestesia" subjetiva, un alivio al malestar de forma rápida y eficaz, efecto que cesa al interrumpir el consumo.

El "síndrome de abstinencia" es, entonces, el malestar que aflora cuando el paciente interrumpe el consumo. No es algo que se produzca porque "el cuerpo me lo pide", o "porque ya tengo el vicio", tal como lo plantean los pacientes en una finta más de su objetividad.

Sin embargo, hay drogas que producen alteraciones físicas atribuibles a la interrupción de la ingesta, como la nicotina, los opiáceos y el alcohol, que son las que tienen quimio receptores específicos en el S. N. C., por lo que en esos casos es necesario realizar un abordaje farmacológico de deshabitación. Lo cual introduce la necesidad de diferenciar la "adicción" en dos nuevas categorías: "adicción psíquica" y "adicción física", sin que por ello se anule la cuestión del malestar subjetivo que motiva el consumo.

Bajo estos postulados se elaboran diferentes clasificaciones que incluyen una tabulación del grado o capacidad adictiva de las sustancias y de la mayor o menor intensidad de los efectos de la supresión de la ingesta.

De esta manera, los diferentes grados de adicción se clasifican de acuerdo a la intensidad del consumo, y de la incidencia de éste en la cotidianeidad del consumidor.

Es así que se habla de adicción en grado de dependencia, cuando el consumo es el eje vertebrador de las acciones del paciente. *Abusador*, cuando el consumo es de menor intensidad y el paciente aún puede desempeñarse en alguna de las actividades cotidianas (trabajo, estudio, etc.) *Experimentador*, cuando el consumo es esporádico y en general con supuestos fines festivos o lúdicos.

Es por esto que en las anamnesis de estos pacientes existe un capítulo denominado "Historia del consumo de sustancias", donde se realiza un rastreo de los modos de consumo del paciente (solo, en grupo, en su domicilio, fuera de él, etc.).

O sea que se trata de determinar los hábitos y conductas del paciente con referencia al consumo. Haciendo también hincapié en las características del medio familiar, al que se considera como "co-consumidor". Serían, de alguna manera, acompañantes del paciente en la cuestión del consumo, en tanto no pondrían coto a esas actividades.

Habitualmente se remarca lo que se denomina "falta de límites", que evoca situaciones de una falta de cuidado del sujeto, que propicia la adquisición de hábitos nocivos. También tienen su tajada las "juntas" y el ambiente social del lugar en que éste vive. De esto se desprende en primer lugar que la responsabilidad en la aparición de la toxicomanía corresponde al "grupo primario de apoyo" (DSM IV), ya que el mismo ha sido deficiente en el objetivo de impartir una "buena crianza", por lo cual, al paciente no se le han inculcado "buenos hábitos", protegiéndolo de las malas compañías y sobre todo en el saber reconocer los límites y el respeto a la autoridad. A lo que hay que agregar el problema de narcotráfico, siempre al acecho en la cooptación de nuevas víctimas del "flagelo de la droga".

Podríamos comenzar realizando algunas puntualizaciones respecto a la definición aceptada de las toxicomanías, como así también cuál es el factor etiológico que provoca el desarrollo de

una adicción. Tenemos entonces una etiología que es el consumo de drogas y una consecuencia de la misma, la enfermedad adictiva. Esta concepción es tributaria de lo que se denomina Clínica de la apariencia.

Se trataría entonces de una enfermedad de curso crónico y desenlace fatal en su progreso, lo que determina que quien padece de esta dificultad deberá ser alguien para el cual la vigilancia sobre sí mismo, y la puesta en funcionamiento de los recursos de evitación de situaciones potencialmente peligrosas, deberá ser constante.

Esto se debe a que en el momento en que se transgreden ciertos parámetros o violan ciertas prohibiciones (darse "permisos"), el retorno a los malos hábitos y conductas "adictivas" es cuasi inexorable, llegándose a plantear que el paciente padeciente deberá evitar situaciones de demasiada excitación, y su reverso, demasiada tristeza.

Se deben controlar muy de cerca las oscilaciones de sus estados de ánimo, solicitando la ayuda, para estos menesteres (calmarse), a los amigos "sanos" (abstinentes de toda tentación) y a su familia quienes, seguramente, le darán buenos consejos (en general, esto recae sobre la figura materna, ya que en estas familias éste es el personaje con poder, lo que implica algo así como poner al ratón a cuidar el queso. Luego iremos viendo por qué).

Por supuesto que la lucha por alejar el agente etiológico, a través de prohibiciones, vigilancias, premios y castigos es fundamental en la estructuración de estos tratamientos. Por otra parte, en tanto que, "adicto" es el que no dice, parece necesario promover la expresión por la palabra vinculada a los sentimientos (en general, sobre las ambivalencias afectivas con respecto a las o la figura parental). Este confronto afectivo sostiene la creencia de la univocidad de sentido de la palabra, soslayando el malentendido fundamental que la misma encarna; suponiendo que al hablar se dice la Verdad, sin tener en cuenta que

cuando el sujeto habla dice más de lo que dice, sin saber lo que dice. Por otro lado, se sostiene la ilusión de que a través de este parloteo afectivo es posible lograr la restitución de una función estructuralmente fallida.

La cuestión del límite siempre aparece como un argumento supuestamente explicativo de la situación en la que se encuentra el paciente y, curiosamente, es esgrimido por éste como razón princeps de su malestar.

"Nunca tuve límites", frase conocida para quienes trabajamos en esta materia. Pero a poco de interrogar acerca de esto y sobre el concepto que se desprende de "haber hecho siempre lo que quise", se comienza a aprehender que es exactamente lo opuesto. Lo anhelado siempre aparece como lo postergado ad infinitum. Justamente lo que han querido es lo que ni siquiera han podido iniciar. Allí hace aparición en el discurso del paciente el "agente etiológico" (la droga) como causa y razón de la no realización de sus proyectos.

Es curioso que, en general, el consumo se inicie en los momentos en que el sujeto tiene que comenzar a decidir acerca de su proyecto de vida, más allá del amparo familiar.

O sea que es en la Adolescencia, entendida como el período que transcurre desde el fin de la niñez hasta el inicio de la vida adulta, cuando, en general, se produce el inicio del consumo.

Son tres, al menos, las situaciones, que se plantean en este período, que se pueden considerar como fuentes de malestar. Esto es común para todos aquellos sujetos que se encuentran atravesando este período, siendo la respuesta, que cada sujeto en particular implemente ante estas tres fuentes de malestar, determinada por la mayor o menor disponibilidad de sus recursos para encarar y tratar de dar solución al mismo.

Estas circunstancias son:

- El pasaje del grupo familiar a los grupos de pares, donde se comienza a producir la pérdida de una situación donde todo está provisto y regulado por los padres, para tener que empezar a tomar las propias decisiones. Momento de comenzar a plantearse cuál es el propio deseo, muchas veces, contrapuesto a los deseos de los padres. Iniciando ésto el proceso de pérdida de una situación de amparo y pertenencia, hacia el asumir la responsabilidad subjetiva del acto y sus consecuencias. La más importante de las cuales es la asunción de la soledad ante la decisión, la destitución del Garante y el autorizarse de sí mismo.
- La estructuración de un proyecto de vida personal, donde lo que se juega es la propia subjetividad y el propio interés.
Ante esto es frecuente que, en los futuros toxicómanos, se trate de recurrir a un ardid que ubica al tema del "ser responsable" como coartada a través de la cual se intenta restituir la función de la garantía que ha sido puesta en cuestión por el desarrollo del propio "proyecto de vida". El cual, como sabemos de sobra, no llega a desarrollarse o plasmarse en este tipo de padecientes.

Es así que los padecientes insisten en proponer como causalidad de sus dificultades el "asumir las responsabilidades que se deben soportar en la integración a la Sociedad". Entendiendo como responsabilidad a la derivada de las demandas que parten de los "otros" sociales y que se pueden nominar como:

- Trabajar, para solventar sus obligaciones económicas
- Formar una familia"
- Rodearse de amistades y relaciones con individuos sanos y sobrios

- Mantener los preceptos familiares en lo referido a la "moral y las buenas costumbres (Se advierte cierto tufillo a cumplir al pie de la letra con los imperativos maternos).

O sea, cumplir con una serie de preceptos que en sí excluyen todo orden desiderativo, en la medida en que los intereses particulares de los sujetos no son tenidos en cuenta ya que, en general, el "querer y el deber" no suelen ser cuestiones que converjan en una armoniosa convivencia subjetiva. Sabemos que el llamado "Soberano Bien" implica siempre profundizar la renuncia desiderativa que impone la Cultura.

Es claro que el tránsito por la adolescencia debería llevar al sujeto a "asumir sus responsabilidades", pero con la diferencia de que "responsabilidad" es esencialmente sobre el propio Deseo.

- Finalmente, la tercera fuente de malestar se encuentra en la cuestión sexual.
En ella se entraman la elección del "objeto erótico" y las relaciones amorosas con el otro. Empresa por demás compleja ya que es en esta instancia donde se pondrá en juego la "realidad psíquica", finamente articulada con los ítems anteriores y determinada por "la disposición congénita y las experiencias enfrentadas en los años infantiles".

Es entonces cuando, en las "toxicomanías", se va entretejiendo lo que hemos dado en denominar, su particular "ideología", como modo de respuesta a las cuestiones planteadas por el malestar. Esta respuesta tiene como objetivo el anular la escucha e interrogación subjetiva sobre el mismo.

Esta ideología se desarrolla tanto del lado de los damnificados, como del lado de la sociedad bien pensante, que estructura los planes de ayuda terapéutica para esta afección.

Es así que los pilares de esta ideología son básicamente la exclusión del sujeto de la cuestión, del sujeto tal como lo entendemos los psicoanalistas. No hay sujeto de la palabra, sino tan

sólo un individuo que adquirió "malos hábitos" (siendo éste responsabilidad de los otros), que es necesario corregir, a través de un sistema de tratamiento que evoca una cierta reeducación conductual. Es común que ante esta demanda Cultural, cargada de un profundo moralismo, el sujeto trate de eludir su cumplimiento, en tanto, éste lo deja en una situación de sumisión al orden establecido que no se caracteriza precisamente por considerar a los individuos como "Sujetos de Deseo", sino que intenta transformarlos en meros miembros de un rebaño complaciente y dócil.

La responsabilidad subjetiva no forma parte de la cuestión y menos aún la consideración de que nos encontramos con un problema de Salud Mental.

Ambas cuestiones se encuentran firmemente articuladas, ya que lo que denominamos "Responsabilidad Subjetiva" atañe a aquello en lo que el sujeto participa y sostiene estructuralmente con respecto a su malestar; siendo, en esta cuestión de las toxicomanías un punto central, en la medida en que las mismas tienen como denominador común la renuncia al campo desiderativo, en aras de sostenerse bajo el amparo del Otro. La renuncia desiderativa es lo que produce el malestar, que es, a su vez, el disparador del consumo como método eficiente de cancelación del mismo.

Lo que permite la producción de la ideología es el entramado de la red de lenguaje. A través de ella intenta dar cuenta de sí y de sus circunstancias, mostrando, de esta manera, y de un modo descarnado, lo esencial de su posición subjetiva, desplegando la estructura clínica donde se soporta.

Para adentrarnos en la intimidad del sujeto, la escucha psicoanalítica del "charloteo" que producen los pacientes es el instrumento adecuado. Éste es presentado como una supuesta unidad cargada de sentido, emitida con la intencionalidad de proponernos una serie de razones, por medio de las cuales inten-

ta dar cuenta de sus sentimientos o acciones, al tiempo que nos convoca al "póngase en mis zapatos" de su discurso.

Se reclama así un orden de "comprensión", en una demanda dirigida al Otro del Amor, de transferencia. Pero este reclamo, esta demanda, se encuentra dirigida a quien se halla en una posición de escucha de la palabra, esa palabra que hace que quien habla diga más de lo que dice, sin saber lo que dice.

La escucha se sostiene en tanto y en cuanto quien la ejerce ha puesto en suspenso sus "pasiones del Yo", con las cuales se estructura el sentido que impregna el discurso de quien dice. Qué queda fuera del juego con el que se manejan los integrantes de la red de lenguaje en el despliegue de los diferentes malentendidos del "charloteo" cotidiano.

El discurso de quien padece el malestar se encuentra cargado de una serie de supuestas razones, justificaciones o teorías acerca del mismo, avaladas por el llamado "sentido común", que habitualmente dejan al sujeto como víctima indefensa ante la arbitrariedad de los otros, de su malevolencia o, en su defecto, atrapado en las redes de la "mala suerte", o el destino.

Lo que deja a quien pacientemente soporta el malestar en una situación de sujeto pasivo, acorde con su posición de "lugariente de la Omnipotencia Materna", con lo cual, sostiene la ilusión de la no castración de la Madre.

Esta "ideología" no es producto del azar ni la casualidad. Se encuentra enraizada en lo que podríamos denominar la "Cultura" actual, la cual tiende a dejar de lado al sujeto, que se transforma en un número estadístico y que es denominado en general como "consumidor" de sustancias, objetos varios, alimentos, etc.

Esta versión actual acerca de los individuos integrantes de la mencionada cultura impregna todos los estamentos sociales y supuestamente científicos.

En esta línea de "olvido" del sujeto se escamotean algunas cuestiones que son nodales en los pacientes toxicómanos. Por ejemplo, la particular adhesividad libidinal a objetos que se convierten en el medio a través del cual se establecen fijaciones a situaciones infantiles, que revisten, en general, el carácter de penosas. En tanto exigen, como contrapartida, la enajenación subjetiva a situaciones de Goce, ante el cual se produce una impotencia en la producción de actos encaminados al despliegue de su campo desiderativo.

Esta impotencia ante la producción del acto es un aspecto de crucial importancia en el desarrollo de la cura del toxicómano. Aquello que inhibe esta producción se encuentra enraizado en la amenaza Superyoica del desamparo o la pérdida de amor, generándose una situación de malestar que dispara el consumo de sustancias como medio de cancelación del dolor de su existencia.

Las fijaciones a las que nos referimos se concentran en el "Yo Ideal", en tanto núcleo del narcisismo más primordial. En su constitución se encuentra comprometido en parte el Otro materno, con el cual el infante se siente "completado" ante la indefensión propia de los primeros momentos de la vida del ser humano.

Siendo el peso de este "Ideal" lo que ancla al sujeto en situaciones de repetición, por intermedio de las cuales se asegura la continuidad de ese vínculo con el Otro materno, alejando el peligro que acarrearía su pérdida; pérdida que, en última instancia, se refiere al reconocimiento de la castración de ese Otro.

Uno de los mayores obstáculos con los que nos encontramos en la cura proviene justamente de esta particular fijación al estilo de vínculo con este Otro. Por esto, cuando el trabajo terapéutico comienza a producir un cuestionamiento de esta situación,

y emergen en el paciente los anhelos postergados, se desencadenan diferentes modos de intentar neutralizar esta emergencia.

Puede producirse la recurrencia al consumo de sustancias, como medio de esterilización del acto a producir, como condición necesaria para modificar la situación y entonces posibilitar la concreción de los anhelos; ó también, pueden aparecer fantasías de muerte, pudiendo tener como objeto al paciente o a estas "sacrificadas" madres, quienes han hecho del cuidado, vigilancia y la gozosa queja acerca de la adicción del hijo, el sentido de sus vidas.

Otra de las características de estos pacientes, que es como un común denominador de la variada gama de cuadros psicopatológicos, en los cuales se desarrollan manifestaciones adictivas, es fundamentalmente un déficit de la estructura narcisista, con su correlato de una falencia en la constitución Yoica. Su manifestación son fenómenos descriptos como "deficitario control impulsivo", "labilidad emocional" e "intolerancia a la frustración". Son tributarios de esta fallida estructuración narcisista, a partir de la cual se determina una debilidad estructural que transforma los avatares y circunstancias de la vida en importantes amenazas; las cuales ponen en riesgo al sujeto, quien se encuentra inerte ante el desarrollo de la angustia, pudiendo quedar avasallado por ella y produciendo el pasaje al acto como ejercicio de la defensa.

Estamos ante el auge de las llamadas Neurociencias, las cuales, en sus interesantes investigaciones del funcionamiento cerebral, se encuentran en pleno trabajo de dilucidación de las diferentes localizaciones que pretenden dar cuenta del origen de las emociones, y también de los sentimientos. Dando lugar al desarrollo de un determinismo biológico del humano que, en cierta medida, lo exculpa de la responsabilidad de sus actos, en tanto todo está, de un modo u otro, inscripto en su genotipo. La expresión de éste en la estructura neuronal.

*"No es que no exista la determinación, pues se verifica constantemente. ¿Cómo entenderla? En nuestra práctica asistimos al hecho de la determinación, aunque no sepamos cómo explicarla. Tendrá que ver con la dotación genética y con la producción social, pero ninguna de las dos la agota desde el punto de vista etiológico. Lo específico de la determinación del sujeto parece que tiene que ver con el hecho de que sus primeras experiencias con el desamparo, la satisfacción y el rechazo le constituyen como sujeto que responde así, en la repetición, a cada manifestación de desamparo, de satisfacción o de rechazo, con un estilo característico e irrenunciable, pues se trata de su propia subjetividad. Que un sujeto base su vida en el hecho de existir para alguien no es una determinación genética exterior, pero eso le determina como sujeto concreto. Tal determinación subjetiva por la angustia y el desamparo lo convierten en extraordinariamente manipulable por la aglomeración social, por las relaciones de poder que se basan en el amor a la servidumbre y a la sugestión, es decir, por temor a la soledad. Desamparo y sugestión terminan siendo equivalentes."*³

Pero aun así... se continúa con la esperanza de poder erradicar de una vez lo que aparece desde sus inicios como una "molestia", la cual, según dicen, está condenada a desaparecer, en la medida en que el imperio de lo orgánico aclare de una vez y para siempre una serie de "fenómenos" que les suceden a los sujetos de la palabra. Un vez más, se afirma la pronta muerte por obsolescencia del psicoanálisis. Es así que todo se encuentra focalizado en las diferentes localizaciones cerebrales de lo que conocemos como aparato psíquico.

¡Basta ya de disposición congénita, impresiones infantiles, series complementarias, inconciente, etc.! El sujeto habla por la activación del Centro de Brocca y no se hable más de la cuestión!

Pero hablar, parlotear, es algo más que una cuestión motora. El lenguaje es patrimonio del hombre y su adquisición pasa por otros carriles diferentes a la cuestión del S. N. C., aclarando

por supuesto que tal área existe y que su daño produce alteraciones en cuanto a la articulación y a ciertos tipos de comprensión de la palabra.

"Sin embargo, el desgaste toma otra dimensión cuando se trata del aprendizaje de una lengua. Los psicolingüistas destacaron que ciertas neuronas especializadas en el registro de sonidos específicos degeneran si no se las utiliza a tiempo durante el aprendizaje. Si un niño no escucha ciertos sonidos durante sus primeros meses de vida, no sólo los distinguirá mal a partir de entonces, sino que no los podrá pronunciar"... "En efecto, en función de los sonidos escuchados, algunas neuronas prosperarán, mientras aquellas que habrían podido recibir sonidos ausentes caen en desuso".

*"... Es conocido el argumento que Chomsky formuló en los años 50 a favor del innatismo de la gramática: la "pobreza de estímulos". Nadie enseña gramática a los niños, explicaba, entonces es innata. Pero ¿como no ver, por el contrario, la potencia extrema del estímulo que constituye el deseo del Otro? La gramática da la impresión de ser innata, porque aparece armada una vez que la represión de ese deseo se lleva a cabo. En el intercambio el niño es inicialmente reconocido como sujeto por el Otro. Y el primer acto de este sujeto, radica en buscar liberarse de ese Otro hablando en su propio nombre, diciendo "yo". Al hacer esto reprime, el deseo del Otro, que lo quería como objeto, como "él". El niño pasa así del "él" al "yo"."*⁴

Por fin hemos llegado a la posibilidad de una droga para cada manifestación del malestar del enfermo mental. Hay pastillas para todo, que eliminan de un vez eso tan incómodo que es que alguien hable poniendo en juego las cadenas significantes que hacen posible que este hablar tenga un sentido. Basta ya de malos entendidos, "es lo que es", lo que digo dice eso y no otra cosa; y si usted se angustia, o se obsesiona, o delira, o alucina, tenemos la pastillita que reestablece el equilibrio quí-

3. Pereña F. "Soledad, pertenencia y transferencia". 2006. Ed. Síntesis. Madrid.

4. Pqmmier G. *Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Edit. Letra Viva, 2010.

mico desordenado de sus neurotransmisores y "aquí paz y después gloria".

No tenemos que escuchar más los dichos del enfermo, salvo para poder clasificarlos de acuerdo con el DSM IV y arribar a un diagnóstico (en general, teñido del matiz de que se trata de trastornos de la conducta y el comportamiento, pasibles de ser corregidos con una reeducación adecuada, combinada con la química).

Así los psiquiatras se equiparan curiosamente con los toxicómanos. Ambos son expertos alquimistas en la tarea de modificar la realidad psíquica del sujeto en algo más acorde con su sensibilidad.

TOXICOMANÍA ¿ENFERMEDAD O SIGNO?

Por mis orígenes como psicoanalista, formado en el rigor del trabajo sobre los textos freudianos, en un principio, y luego enriquecido por los valiosos aportes de Lacan, el diagnóstico de las enfermedades mentales, en función del concepto de estructura, siempre ha sido una preocupación prioritaria a la hora de plantear el inicio de un tratamiento. Esto en la medida en que es a partir del diagnóstico que me era posible ir determinando la táctica y estrategia del desarrollo del tratamiento. La estructura era de alguna manera la brújula por la que orientaba el abordaje de la enfermedad mental.

Por ello, uno de los primeros interrogantes, con los que me encontré al iniciar el trabajo con pacientes toxicómanos, fue acerca de los diagnósticos que se realizan sobre el padecimiento de los mismos.

"Trastorno por abuso de sustancias" o "Trastorno de conducta y comportamiento agravado por el consumo de sustancias", agregando algunas veces los colegas más osados el diagnóstico del Eje II: Trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite (bastante utilizado, bastante medicado, "de por vida"), histriónico (chau histeria, convicta y confesa del co-

laboracionista de Freud), narcisista, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo (DSM IV dixit).

"Como hemos visto, la carencia de conceptos claros y definiciones precisas, atenta contra la posibilidad de contar con una taxonomía psiquiátrica adecuada (Taxonomía: proviene del griego "taxis", arreglo u ordenamiento y "numus", referencia a la ley o norma). Esas dificultades son a su vez fomentadas por el despliegue de una clínica de la apariencia, de la que el DSM es un típico exponente".⁵

En esta "clínica de la apariencia" no podemos encontrar lo que denominamos el factor "etiológico", que de cuenta de los procesos neuróticos o psicóticos. Clínica supuestamente basada en una observación "objetiva" de los fenómenos, sin una norma teórica que sustente el proceso.

Es entonces desde la apariencia que se llega a diagnosticar la existencia de la toxicomanía. Así como el humo es el signo de la existencia del fuego, la ingesta de "drogas o sustancias psicoactivas" deviene en el signo de la supuesta enfermedad. Esta ideología abarca tanto a los consumidores como a quienes tienen a su cargo la estructuración de los sistemas de tratamiento que habitualmente se utilizan.

La droga es la etiología del padecimiento y entonces todo el esfuerzo terapéutico se ciñe a intentar eliminar este agente causal, con el beneplácito de los pacientes, familiares y profesionales, que atribuyen las dificultades de los denominados "adictos" a un factor externo a los sujetos.

Es frecuente que en los primeros encuentros con el paciente se produzca el despliegue de la ideología del toxicómano cuya viga maestra es el borramiento de cualquier vestigio de responsabilidad subjetiva en la producción de su padecimiento.

5. Loffreda, Enrique. Diagnóstico psiquiátrico, psicoanálisis y D.S.M. Ediciones Barbeira, 1990.

Esto se da en la medida en que la causa del mismo se encuentra alojada en el consumo de sustancias psicoactivas, que en general se inicia por "curiosidad" y se sostiene porque la "droga me atrapó y se me hizo una adicción".

En los decires del paciente y su familia, todo se produce cual si la cuestión fuera transmitida por algún extraño virus, que ha sido inoculado por otros infectados, y que el consultante se ha contagiado sin tener nada que ver con la cuestión.

Se suma el hecho de que esta "ideología" es algo compartido por el medio profesional que se ocupa de la recuperación de estos pacientes, como un efecto claro de que nos encontramos ante una cuestión que es derivada de la actual cultura que se encuentra en pleno desarrollo.

Se produce entonces el desarrollo de métodos o sistemas de tratamiento que se despliegan con una modalidad de cierta "reeducación de las conductas y comportamientos", que aseguran la continuidad de la posición de objeto de goce del paciente y refuerzan a "la droga" como objeto de intercambio y reconocimiento social.

"La dirección de la cura es otra cosa. Consiste en primer lugar en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica, o sea las directrices cuya presencia no podría desconocerse en el principio de lo que se llama "la situación analítica", bajo el pretexto de que el sujeto las aplicaría en el mejor de los casos sin pensar en ellas. Estas directrices están en una comunicación inicial planteadas bajo forma de consignas de las cuales, por poco que el analista las comente, puede sostenerse que hasta en las inflexiones de su enunciado servirán de vehículo a la doctrina que sobre ellas se ha hecho el analista en el punto de consecuencia a que ha llegado para él. Lo cual no lo hace menos solidario de la enormidad de los prejuicios que en el paciente esperan en el mismo lugar: según la idea que la difusión cultural le ha permitido formarse del procedimiento y de la finalidad de la empresa".⁶

6. Lacan, J. La dirección de la cura y los principios de su poder. Lectura estructuralista de Freud. Editorial Siglo XXI, 1971.

Cuando se le plantea al consultante que una de las condiciones para poder llevar a cabo el abordaje de su problemática es establecer la abstinencia, en tanto la persistencia del consumo se transforma en un acto de esterilización del esfuerzo terapéutico, y con la intencionalidad de que comience a emerger el malestar, nos encontramos con otro argumento interesante, que emana de la concepción de la adicción, como "enfermedad debida al consumo de drogas": se extiende también a "la abstinencia como conjunto de malestares que determinarían el retorno al consumo".

A la misma se le atribuye la responsabilidad de que el paciente, de una manera intempestiva, se precipite en el consumo sin que aparezca ninguna posibilidad de que el consumo o no de las sustancias pueda ser planteado como un acto de decisión del sujeto.

Quien queda atrapado por obscuras fuerzas que lo manejan a su capricho.

Abonando esta "teoría" se invocan los llamados "sueños de consumo", que aquejan a los pacientes en los denominados "tratamientos de Rehabilitación de adicciones", los cuales hacen aparición en el momento en que el paciente ha logrado producir una interrupción del consumo de sustancias. Sueños éstos que se califican como indicadores de una situación de vacilación en la intención de sostener la abstinencia, también llamada "sobriedad".

Esta hermenéutica del sueño toma al mismo por un escarapate donde a las claras se muestra el supuesto deseo de consumir, lo que los paciente en general denominan las "gananas de consumir".

Sin embargo, cuando se ha logrado establecer una cierta abstinencia, lo que comienza a hacerse presente es el empuje de, lo que hemos denominado, los "anhelos postergados". En palabras

de F. "Me encuentro con más lucidez, con más energía y con ganas de emprender la realización de lo que me ha quedado pendiente". Con lo cual, lo que el sueño muestra en su contenido manifiesto se encuentra al servicio de la defensa ante este empuje desiderativo.

La cuestión de la posibilidad de elección como decisión es algo que aparece constantemente en la clínica. Es así, de una manera cuasi descarnada, como lo explicita G., a posteriori de un episodio de recaída.

Había planificado el utilizar un dinero que trabajosamente había conseguido guardar para la compra de una campera. Además también tenía otros ahorros destinados a la concreción de un anhelo postergado, realizar un curso de cocina y comenzar a poner en marcha un emprendimiento comercial, que sería el medio que le permitiría comenzar a modificar su situación de precariedad económica, derivada de una posición de marginalidad que lleva sosteniendo desde hace, por lo menos, diez años.

Llegado el momento designado para la compra de la campera, la cual quedaba adscripta a los demás elementos de este intento de modificación de sus circunstancias, se le presenta una vacilación. ¿Comprar la campera o ir a consumir?

Esto lo resuelve de un modo conocido, en tanto es el circuito de repetición que se desencadena desde hace mucho tiempo ante la posibilidad de encaminarse en la concreción de sus anhelos.

Dos actos estaban en juego en ese momento, su opción es la del consumo. Con lo que, una vez más, el acto del consumo se convirtió en el medio de interrupción de la excitación ante la posibilidad de ir en la vía hacia lo deseado. G. reconoce claramente esta situación y que en cada acto de consumo existe para él la posibilidad de decidir qué vía tomar.

Siguiendo la idea princeps, que es la droga la causa del padecimiento, se impone entonces la necesidad de recurrir a la farmacología con el fin de yogular estos nefastos impulsos que vuel-

ven a llevar, una y otra vez, al paciente (a esta altura, más en el lugar de víctima de las circunstancias) a ceder a la tentación de caer en las manos de la antropoformizada substancia.

Quien consulta ha realizado el movimiento de apertura de la partida realizando el primer envite. Ante el cual se nos presentan dos opciones, aceptar el juego tal y como nos lo propone o cambiar las reglas y variar el desarrollo previsible del mismo.

En estas entrevistas preliminares se va a determinar el curso de la cura, el cual puede quedar adscripto al "sentido común", que afirmaría "que todo lo que vuela es pájaro y todo lo que nada es pez"; o, por el contrario, tomar el riesgo de la escucha del discurso del sujeto, que dice más de lo que dice, sin saber lo que dice, que es la estofa de la palabra, para quien somos sujetos del lenguaje.

Nosotros renunciamos al "sentido común", y nos disponemos a desplegar como herramienta princeps la escucha psicoanalítica, la que nos lleva necesariamente a interrogarnos sobre lo que podemos considerar el agente etiológico del desarrollo del fenómeno adictivo.

Desde esta posición, las entrevistas preliminares se van desarrollando en dos espacios complementarios: el del encuentro individual con el psicoanalista asignado, a quien ha demandado el tratamiento (entendiendo que esta demanda siempre se desarrolla en un principio por carriles que, en general, se apoyan en la intención de algún otro de buena voluntad, que emprende la tarea de ayudar al padeciente) y el espacio de trabajo grupal, donde paulatinamente el despliegue del campo imaginario promueve que el individuo pueda ir adquiriendo la posibilidad de nombrarse, y como consecuencia, pensarse en la articulación del "yo" (je). Paso inicial para ir reconociéndose en una cierta alteridad con el Otro que lo nombra.

Se inicia entonces un proceso que parte de un relato de la historia del sujeto, que parece haber comenzado su existencia en el momento del inicio del consumo, ya que en general, en su re-

lato, ésta aparece a partir del primer consumo sin referencia al tiempo anterior de su vida. Hasta llegar a poder referir la misma, incorporando los avatares que van a ir delineando las coordenadas determinadas por "...la disposición congénita y las influencias experimentadas durante los años infantiles...".

Este transcurso es posible siempre y cuando en el trabajo de las entrevistas preliminares hayamos podido ir desmontando lo que hemos referido como "ideología toxicómana", aunque más no sea en sus aspectos más evidentes.

Este trabajo con el paciente se encuentra complementado con un trabajo grupal con las familias, a través de un grupo multifamiliar, en el que se trata de ir esclareciendo a los familiares acerca de lo que, para nosotros, constituye el meollo del padecimiento del paciente.

LA TOXICOMANÍA COMO MANIFESTACIÓN DEL PADECIMIENTO DEL SUJETO

El consumo es la manifestación de un malestar y son justamente las drogas las que aportan una solución rápida y efectiva del mismo.

Las dificultades ante los avatares de la vida cotidiana son lo que llamamos el "dolor de existir", incomodidad que soportamos todos los sujetos de la palabra, derivada del malentendido fundamental de la misma, que adquiere toda su potencia en las relaciones con nuestros semejantes. Siguiendo a Freud es la tercera y quizás más importante fuente de padecimiento con la que nos encontramos los seres humanos en la ruta de alcanzar el anhelo de la esquivada felicidad.

Ante esto se contruye lo que llamamos "ideología toxicómana", que si bien se encuentra desplegada en su máxima potencia en el consumidor de sustancias, también constituye el estilo con el que los sujetos nos insertamos en esta cultura.

Los dioses, el destino, la mala suerte, los otros, las decepciones en el amor, son los argumentos que desplegamos y utilizamos en la vida cotidiana como razones o justificaciones de nuestros destinos. Queda así fuera de la interrogación acerca de nuestra

responsabilidad en la producción de este destino, claramente, en una posición de objetos de un goce del Otro arbitrario y omnipotente. En tanto y en cuanto toxicómano o no, todos estamos hechos de la misma arcilla. El complejo de Edipo.

La escucha que utilizamos se acompaña de una constante destitución de la "cuestión de la adicción" como objeto de intercambio y vínculo social. Poder sortear el obstáculo del "sentido común" implica una modificación substancial en lo referido al diagnóstico de la adicción como enfermedad, y también de un concepto bastante extendido acerca de la existencia de los llamados "pacientes duales". Categoría en la que quedaban englobados aquellos pacientes que padecen del diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastorno límite) y del de adicción.

Lo que no queda claro es por qué, dentro del criterio del sentido común, que lleva a clasificar a la adicción como enfermedad, no se consideran duales a los demás trastornos mentales que se acompañan de la ingesta de sustancias psicoactivas, neurosis histérica, obsesiva, fobias. Entidades que más allá de la "clínica de la apariencia" del DSM IV continúan insistiendo con sus constelaciones sintomáticas.

El camino mojonado por la escucha nos va llevando a considerar que las manifestaciones adictivas son compatibles con cualquiera de las estructuras que consideramos en el psicoanálisis, a condición de que las mismas reúnan ciertas condiciones particulares que más adelante trataremos de ir determinando.

Claro es entonces que en nuestro criterio, sostenido por nuestra clínica, consideramos que la adicción es un signo y que la etiología del desarrollo de las manifestaciones adictivas se encuentra ubicada en esas particulares condiciones de las estructuras.

Esto se pone de manifiesto cuando se ha podido desmontar en parte la ideología toxicómana, lo suficiente como para que el

sujeto pase de considerarse una víctima de las circunstancias, o de condiciones exteriores, o directamente del consumo de drogas, y comience a interrogarse acerca de su compromiso en el malestar que lo aqueja. El trabajo de elaboración de la "ideología toxicómana" se continuará desarrollando en las siguientes fases del tratamiento.

EL CAMINO DE LA CURA

Este primer tiempo de entrevistas preliminares, con el trabajo terapéutico centrado en la producción de la interrogación del sujeto acerca de su malestar, y el reconocimiento de su compromiso en la producción del mismo, es lo que consideramos el "instante de ver" en el camino de la cura del toxicómano.

Es fundamental que en la medida en que se realiza este trabajo se consiga el "consentimiento" del paciente para el desarrollo del tratamiento, como en cualquier abordaje terapéutico que se intente con quien demanda un tratamiento con independencia de las manifestaciones de su malestar.

Podemos agregar que en este primer tiempo, en el que se produce la inversión subjetiva necesaria para comenzar con la interrogación del malestar, se produce un cierto efecto secundario, que determina que el paciente pueda ir haciendo efectivo el cumplimiento con lo que planteamos en el inicio del tratamiento. La interrupción del consumo como efecto de una decisión del sujeto y no por coerción sobre el mismo.

Esta instauración de la abstinencia se produce en la medida en que el sujeto puede comenzar a reconocerse en el malestar que lo aqueja y que es, en general, la razón de la recurrencia al consumo. La droga ya "no le pega de la misma manera".

N. lleva pocos meses de tratamiento. Ha llevado un estilo de vida ligado a la marginalidad, en una constante transgresión de las convenciones sociales. Al amparo de una cierta cuestión Ideológica de desacuerdo con la Sociedad a la que atribuye sus padecimientos.

En un principio ha tratado de sostenerse sin consumo a través de un esfuerzo voluntario que sostenía penosamente. Se "aguantaba".

Luego de algunas hesitaciones se va animando con la decisión de integrarse a una Cooperativa de trabajo y, en función de esto, se ve enfrentado con la realización de una serie de trámites burocráticos que no son precisamente su fuerte.

Por supuesto esto dispara las ya conocidas "ganas de consumir", que marcan el estilo de N. para eludir las situaciones que, en la medida en que se puede considerar que pertenecen a la categoría del Acto, provocarían efectos de diferencia con lo hasta el momento producido.

Efectivamente, consume. Pero luego hace un planteo por demás interesante: "fue una gilada, ya no es como antes, no me sirve para lo que me servía antes, igual sigo "maquinando" con la historia esta de empezar con este nuevo trabajo".

Habitualmente, se refiere como una característica más de las sustancias psicoactiva el llamado "acostumbramiento a la droga por parte del organismo", lo que llevaría a que el paciente tenga que ir incrementando paulatinamente la cantidad de sustancia consumida para poder seguir sosteniendo el efecto.

Sin embargo, creo que la pérdida del efecto se inscribe más en el campo del compromiso subjetivo con el consumo que en la cuestión fisiológica. La pérdida del efecto o, por el contrario, la producción del efecto, se encuentra ligada a la cuestión subjetiva. Cuando se ha producido el reconocimiento del malestar como producto del sujeto, el efecto de la sustancia se altera; llegando inclusive a perderse. Ya no sirve para producir esa modificación buscada en la percepción de la realidad subjetiva. Esta se impone más allá del tóxico utilizado.

En *El malestar en la cultura* Freud se pregunta cuál es la aspiración de los hombres, qué esperan de la vida y qué pretenden alcanzar en ella. Su respuesta es que aspiran a la felicidad.

"Esta aspiración tiene dos fases: un fin positivo y otro negativo: Por un lado evitar el dolor y el displacer: por el otro, experimentar intensas sensaciones placenteras.

... Lo que en sentido más estricto se llama felicidad, surge de la satisfacción, casi siempre instantánea, de necesidades acumuladas que han alcanzado elevada tensión, y de acuerdo con esta índole sólo puede darse como fenómeno episódico...

... Así, nuestras facultades de felicidad están ya limitadas en principio por nuestra propia constitución. En cambio, nos es mucho menos difícil experimentar la desgracia. El sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; el mundo exterior, capaz de encarnizarse con nosotros con fuerzas destructoras e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos. El sufrimiento que emana de esta última fuente quizá nos sea más doloroso que cualquier otro; tendemos a considerarlo como una adición más o menos gratuita, pese a que bien podría ser un destino tan ineludible como el sufrimiento de distinto origen.

... Pero los más interesantes (para la evitación del sufrimiento) preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo...

... El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinado a producir esta modificación, es el químico: la intoxicación.

... Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria, que tanto los individuos como los pueblos les han reservado un lugar permanente en su economía libidinal. No sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior: Los hombres saben que con este "quitapenas" siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad."⁷

7. Freud, S. *El malestar en la Cultura*. O. C. Biblioteca Nueva.

Creemos que entre los "quitapenas" no sólo deben estar los estupefacientes, sino todas aquellas drogas capaces de intervenir sobre el S. N. C., que provocan una alteración o reacomodamiento de la "realidad psíquica" del sujeto, o sea que, dentro de ellos, deberemos incluir los psicofármacos. Abriendo ésto un capítulo interesante sobre los modos de intervención en el proceso de cura del toxicómano.

En nuestro criterio, y siendo consecuentes con el pensamiento freudiano, consideramos que en la posibilidad de prevención de la "miseria" contamos también con un poderoso instrumento proporcionado por el método psicoanalítico, el cual posibilita la *"transformación de la miseria histérica (neurótica) en un infortunio corriente"*, como nos plantea Freud en *Psicoterapia de la Histeria*.

El psicoanálisis es un método psicoterapéutico para el tratamiento de las enfermedades mentales que actúa *"per vía de llevar"*. Lo que implica que es un trabajo de levantamiento de la represión, que nos permitirá reconocer las "ruinas arqueológicas" de la historia del sujeto, sus modos de estructuración, sus fracasos, las postergaciones de sus anhelos desiderativos, los síntomas que se han ido creando como consecuencia del fracaso de la represión, ante el empuje pulsional, como modo de suplir lo fallido de ésta y poder así seguir cumpliendo con la "razón de ser" de la estructura. "No querer saber lo sabido".

El psicoanálisis propone a quien decide incursionar en él, como "método psicoterapéutico para el tratamiento de las enfermedades mentales", como lo define Freud, tratar de alcanzar la "parrhesia" respecto de sí mismo.

"La parrhesia (...) es pues cierta manera de hablar. Más precisamente, es una manera de decir la verdad. (...) Es una manera de decir la verdad de tal modo que, por el hecho mismo de decirlo, abrimos, nos exponemos a un riesgo. (...) La parrhesia es

*una manera de abrir ese riesgo ligado al decir veraz al constituirnos en cierta forma como interlocutores de nosotros mismos cuando hablamos, al ligarnos al enunciado y la enunciación de la verdad. Para terminar, la parrhesia es una manera de ligarnos a nosotros mismos en la forma de un acto valeroso. Es el libre coraje por el cual uno se liga a sí mismo en el acto de decir la verdad. E incluso es la ética del decir veraz en su acto arriesgado y libre" (...) "Y me parece que la veridicidad nietzscheana consiste en una manera determinada de poner en juego esta noción cuyo origen remoto se encuentra en la noción de parrhesia (de decir veraz) como riesgo para la persona misma que la enuncia, como riesgo aceptado por quien la enuncia."*⁸

La Historia siempre la escriben los vencedores, es por esto que uno de los efectos de un análisis es la interesante variación en la versión de su historia, que se produce en los analizantes.

En un principio, esta historia se versiona sobre la misma estofa que lo que hemos denominado la "ideología toxicómana", que en esencia es la elisión de la responsabilidad subjetiva en la producción del malestar.

Perseverando el sujeto en su posición de objeto del goce del Otro, y en la justificación de sus pesares, en las circunstancias, o, en su defecto, en las arbitrariedades de un Otro omnipotente del cual el sujeto es interesadamente su lugarteniente.

Quien demanda un análisis lo hace sosteniendo la esperanza de poder realizar el encuentro con otro del Don, que a través del Amor le brinde reconocimiento y cobijo. Esto es un denominador común de quienes, como consecuencia de un padecimiento subjetivo, buscan alivio para su mal, en el intento de abordar el mismo a través de la realización de un tránsito vehiculizado por la palabra, hacia la posibilidad del surgimiento de una interrogación acerca de los fundamentos del malestar.

8. Foucault, M. *El gobierno de sí y de los otros* Clase del 12 de enero de 1983. Segunda hora. Ed. Fondo de cultura económica, 2009.

Lo que determinará la diferencia entre quienes han encontrado en las "drogas" el medio de aliviar el "dolor de existir" y aquellos que no recurren a este medio, es el diferente grado de desfallecimiento de la Función Paterna, en uno y otro caso. Lo que redundará en un mayor o menor acceso inicial al reconocimiento del Otro, de su alteridad subjetiva, y a la mayor o menor posibilidad de encuentro con un alojamiento amoroso en el Otro.

En ambos casos existe la esperanza, en ambos casos es imprescindible el trabajo en las entrevistas preliminares, para que se produzca el escenario fundamental del despliegue analítico: "La transferencia".

Para su establecimiento es necesario que podamos dar este primer paso de desmontaje de la ideología y se produzca una inversión respecto a la posición del paciente en relación a la causalidad de su padecimiento. Pasando entonces de la postura de atribución del mismo a los demás o las circunstancias a la posibilidad de reconocerse como el productor del malestar como derivación de las relaciones del sujeto, no con el mundo exterior, sino con sus propios fantasmas.

"Esta última (dice Lacan refiriéndose a la Transferencia), si es cierto que se establece en y por la dimensión de la palabra, sólo aporta la revelación de esa relación imaginaria una vez llegada a ciertos puntos cruciales del encuentro hablado con el otro, es decir, aquí con el analista. El discurso, desprovisto de cierta cantidad de convenciones mediante la regla llamada fundamental, se pone a jugar más o menos libremente respecto del discurso ordinario, y abre al sujeto a esa equivocación fecunda mediante la cual la palabra verídica alcanza el discurso del error.

...Sobre esta línea, modificando cien veces la obra concluida, confesando su historia en primera persona, progresa el orden de las relaciones simbólicas fundamentales donde debe encontrar el tiempo, resolviendo las detenciones e inhibiciones que constituyen su superyó. Para ello necesita tiempo".⁹

9. Lacan, J. Seminario I Escritos Técnicos de Freud. Éditions du Seuil, 1975.

La transferencia es un instrumento propio del análisis, un campo a construir, donde se irá desplegando el amor y la repetición. Siendo el "motor", y al mismo tiempo, el "obstáculo" al progreso de la cura.

Allá, por 1982, me preguntaba si los términos

"Persona del médico, compulsión, espejismo, son, ¿efectos de ella o fundamentos de su constitución?

Decía que son "Tres términos que encontramos siempre en la transferencia, entrecruzándose, pareciendo dar la escenografía donde puede re-presentar-se la historia de la metonimia del deseo a través de un discurso que intentará cerrar las escansiones que en él produce la palabra: Es así que podemos pensar a la transferencia como producto del entrecruzamiento de la repetición con la resistencia, siendo la oscilación entre presencia y persona del médico lo que vaya provocando los sucesivos movimientos que permiten el despliegue de la transferencia y la escucha de las escansiones".¹⁰

La "relación" analítica se desarrolla por caminos particulares. Alguien le habla a otro en la medida en que supone en ese otro, un saber acerca de su goce. Tratará entonces de convertirse en alguien amado por ese otro, para así lograr su reconocimiento y su "Don".

Este anhelo de amor y reconocimiento es lo que impulsa al sujeto a desplegar su discurso, intentando una y otra vez lograr la aquiescencia de ese otro sobre las "razones" que esgrime para justificar su malestar, tendiendo a que el analista se convierta en su "garante" y le aporte la "solución" de su mal, sin tener que soportar la angustia.

El campo transferencial no implica, en modo alguno, que allí se despliegue una relación interpersonal, en la medida en

10. Gutiérrez Segú, O. "La transferencia y su estagnación". "Notas acerca de la resistencia". Actas de las Jornadas Freudianas de Madrid 3 y 4 de diciembre de 1982. Colección Pluma Rota).

que existe una asimetría fundante del mismo. Alguien le habla a otro que escucha, en una escucha particular, en tanto, en ella, no hay otro lugar para los sentimientos que el lugar del muerto, el analista ha dejado de lado, para su labor de escucha, las pasiones del yo.

Se suspende así el despliegue del imaginario del analista, quien no se encuentra obligado a comprender y, menos aún, a arrogarse el privilegio de ejercer el papel de dirigir al paciente hacia el Soberano Bien.

El analista no habla, sólo sostiene una particular escucha a partir de la cual será posible la producción de una interpretación, aprovechándose de la transferencia. En el discurso del paciente se desplegarán, sobre su figura, las demandas, las frustraciones, las inhibiciones, al compás de las diferentes encarnaciones de los personajes de la historia del sujeto que, por la dinámica propia de la transferencia, el analista está destinado a representar, pero en modo alguno actuar.

De esta manera, se puede atravesar la ilusión del Amor transferencial, que demanda el encuentro con una situación de un amor incondicional, para pasar al campo de la repetición, donde se irán desplegando los elementos tributarios de la estructura, de los que se deriva el malestar del paciente. "Dolor de existir", en tanto la existencia es penosa, fundamentalmente por la carga de los anhelos postergados que arrastra el paciente.

Problemas con el amor, con el sexo, con la asunción de la función materna o paterna, son algunos de los elementos de la constelación sintomática de los pacientes. El malestar que deriva de estas situaciones encuentra en el consumo de drogas un modo rápido y eficaz de anulación temporaria del mismo. Cabe consignar que las cuestiones contenidas en esta constelación sintomática son representantes de los anhelos de los pacientes, saben qué quieren, qué les proporcionaría bienestar, pero aun así se encuentran impedidos de alcanzar sus objetivos.

Recorrer el camino necesario para alcanzar lo anhelado supone tener que soportar una carga de excitación, de carga desiderativa, que les resulta intolerable. Es allí donde hace su aparición "las ganas de consumir", no como efecto de ninguna abstinencia incontrolable, no "porque el cuerpo lo pide", sino como recurso para poner un tope a esta excitación cargada de lo incestuoso, en tanto que, en su estructura, el Deseo de la madre no encuentra límites.

Consumir o no es un acto que concierne al sujeto, que tendrá la posibilidad de intervenir en su producción. La mayor o menor tolerancia a esta excitación es lo que motoriza la posibilidad de producir un acto que introduzca una variante a la repetición de lo conocido o, por el contrario, insistir en ello.

R. es un paciente que se encuentra en tratamiento desde hace aproximadamente un año. Consumidor de varias sustancias desde su adolescencia, que, durante muchos años, pudo armonizar con sus actividades profesionales.

Dos años antes de su ingreso en la Institución sufre un episodio de descompensación durante el cual desarrolla un delirio de tinte paranoide autorreferencial, cuyo tema central era una imaginaria relación con una mujer que portaba los atributos del poder.

Este episodio determina un tratamiento en principio psiquiátrico hasta su remisión, con posterioridad de la cual entra en un estado de marcada abulia y abandono personal, dejando todo tipo de actividades.

Con varios intentos terapéuticos anteriores, cuando ingresa, su posición es inicialmente de escepticismo ante la posibilidad de transitar con resultados positivos el camino terapéutico que se le ofrece.

En ese momento, su consumo era diario sin que el paciente participara en su interrupción, en un dejarse llevar por la supuesta necesidad del consumo como medio de combatir su abulia.

Las entrevistas preliminares se mantuvieron durante varios meses, hasta que finalmente se logró vencer la inercia de su "ideología" y el paciente comenzó a referir su historia en primera perso-

na. La transferencia se comenzó a instalar, como resultado de lo cual comenzó a referir ciertos elementos importantes de su historia vital.

Su madre habría padecido de un trastorno psicótico severo, con frecuentes crisis de descompensación, falleciendo cuando el paciente contaba con cinco años de edad. Su padre aparece como un personaje depresivo, poco participativo, que de alguna manera va dejando el cuidado de los hijos en las manos de quien es su pareja, luego del fallecimiento de la madre de R.

La pareja del padre es reconocida por R. como quien se hizo cargo de las funciones de madre.

Tiene varios hermanos, uno de ellos suicidado no mucho tiempo antes de su ingreso en el tratamiento, otros con características de "depresión", que encubren una extremada fragilidad afectiva y la dificultad de ocupar el lugar de esposos con sus parejas, quedando siempre en una posición infantil con respecto a ellas. Mujeres todas de las que se definen como de "carácter fuerte".

R. también refiere una seguidilla de relaciones con mujeres con ciertos rasgos particulares, todas con ciertos índices de enfermedad mental, más o menos importantes. De estas relaciones nacen dos hijas, con una de ellas no tiene ningún tipo de relación, con la otra, se encuentra actualmente conviviendo.

Los intentos de ir articulando las repeticiones de estas particulares relaciones afectivas con la mujer inicial, su madre, siempre se topa con la respuesta de que "tenía asumida la locura de su madre y que además ésta había muerto hacía ya mucho tiempo y no era un tema de preocupación para él".

En el curso del tratamiento se produce un primer momento crucial que es cuando R. comienza a referir su situación subjetiva ante la locura materna y, sobre todo, ante las crisis que se veía obligado a presenciar.

A partir de allí se produce una cierta modificación de su posición escéptica, realiza un importante esfuerzo para interrumpir el consumo y, de esta manera, el tratamiento deja de estar desmentido por él mismo.

R. logra establecer la abstinencia y luego de algunas dubitaciones recupera su actividad profesional con buenos resultados. Lo que le permite ir pudiendo concretar una serie de anhelos postergados, tanto en lo económico como en lo académico. Mejora notoriamente la relación con su hija, pudiendo sostenerse en esa relación en la asimetría de un padre.

Simultáneamente, establece un vínculo afectivo que culmina en un nuevo fracaso sosteniendo un particular estilo ante esta situación, que era el común denominador en todas sus rupturas. Esta pasa sin demasiadas penas.

En esta situación R., aduciendo diversos pretextos, deja de concurrir al tratamiento por un lapso de aproximadamente tres semanas.

Al cabo de estas tres semanas de silencio reaparece. Muy angustiado, lloroso, atemorizado. Dice sentirse a las puertas de una nueva descompensación.

Refiere entonces, que hace un corto tiempo ha iniciado una nueva relación que describe como muy absoluta. "Tenía todo con ella, el consumo, la joda, el champán, la diversión con todo lo que me gusta".

Pero el Diablo mete la cola y R. "descubre" que su enamorada tiene una actividad paralela, es lo que se define actualmente como "un gato".

Se produce la ruptura, esta vez el impacto es fuertemente sentido por R., quien entra en una situación de abandono personal y de sus actividades, quedando atrapado en una situación de obsesión con respecto a ella. Se dedica a perseguirla, la espía, la sigue, etc.

Todo pierde sentido, nada importa, sólo su obsesión.

Se integra al grupo terapéutico y allí refiere que ella era un absoluto, "era todo", evocándose así la imagen de la dama de su delirio de tres años atrás.

Se interviene sobre su discurso en el sentido de señalar la repetición de relaciones con estas mujeres "locas". Indicando, además, que curiosamente el inicio de esta relación da por tierra con ciertos proyectos que se disponía realizar. Estos proyectos tenían una

particularidad, se centraban sobre aspectos de anhelos postergados que se encontraban al servicio de la satisfacción de sus deseos.

Su respuesta involucra a la locura de su madre. Produciendo un elemento significativo que marcará un segundo momento crucial en la cura:

“Dejarla ir” dice, refiriéndose a la droga, a su último amor frustrado, y finalmente a su madre. Personaje inaugural de la serie.

“Dejarla ir” se convierte en un pivote que produce la apertura de la larga serie de situaciones de duelos, pérdidas no elaboradas que le han permitido resguardar a esa “madre loca”, pero con características de absoluto que siguen fielmente instaladas como elemento central de su repetición.

Sólo ella, todo lo demás pierde sentido ante ella, su pérdida resulta intolerable al tiempo que fundamental para liberar la carga libidinal que retiene y poder cargar otros objetos.

Este duelo es el duelo por el reconocimiento de la Falta en el Otro. El duelo por el supuesto Goce posible, el reconocimiento de la ausencia como disparador de su deseo.

La posibilidad de poner a trabajar estas cuestiones es brindada por el despliegue transferencial. Este posibilita la escucha de las escansiones del discurso del paciente y a través de la interpretación se abre el camino a las nuevas series de representaciones que van mojonando el acceso al inconciente. Este inconciente, modelado de manera tal que implica que tenga una estructura de lenguaje, es algo a traducir para poder producir un saber. Siendo esta la función más cara al trabajo terapéutico.

En la medida en que se avanza, en este “Tiempo de comprender” de la cura del toxicómano, se va delineando con claridad que la cuestión del consumo es una manifestación del malestar subjetivo, un estilo de cancelación del mismo.

Quien demanda un tratamiento lo hace condicionado por el discurso social que soporta la “ideología”. Implicando esto que

su consentimiento se encuentra dentro de los límites de que le resulta necesario “dejar la droga”, en tanto ésta es responsable del sufrimiento de la familia, la pérdida de sus relaciones, las dificultades en el trabajo, su propio sufrimiento, ya que, en cierto momento, el consumo deja de aportar su cuota de química “felicidad” y se transforma en algo penoso por sus efectos. Es necesario aún, que este consentimiento se extienda a la interrogación de su subjetividad involucrada en la producción del malestar.

Es por esto que se da el encuentro con la angustia, las frustraciones, las inhibiciones, que han sido sus fieles compañeras durante un buen número de años, aunque a partir del descubrimiento de la alquimia del consumo hayan permanecido aparentemente silenciosas. Supone un momento crucial en el devenir de la cura y el establecimiento de la transferencia, que posibilita este encuentro, puede convertirse en un boomerang por demás efectivo. La frustración de amor que supone es una resistencia que puede dar por tierra con el trabajo terapéutico, pavimentando el camino del abandono del tratamiento.

ESTRUCTURA, DESAMPARO Y ABANDONO

Parafraseando un antiguo aforismo de la psiquiatría podemos decir que "no es adicto quien quiere, sino quien puede". Posibilidad emanada de las particularidades de la estructura donde se soporta la manifestación adictiva. Particularidades determinadas por las coordenadas sobre las cuales se construye la misma y por la función que cumple para el sujeto.

Para el sujeto que habla el encuentro con lo sexual es en un principio siempre incestuoso, en la medida en que su primer encuentro es con la demanda materna de convertirse en el Falo, como medio de enmascarar la Falta Fundamental. Esto es lo que crea la ilusión de que el Goce es posible, pero, sin embargo, ya la presencia de este significante fálico es el modo de certificar lo imposible de este Goce anhelado.

Queda así este encuentro signado por el orden de una Falta fundamental, que entroniza al Falo como su significante. Donde adviene el sujeto al universo del lenguaje que lo preexiste, en tanto que, desde el momento de su concepción, es nombrado por sus padres (en general, por su madre).

Pero el acceso al orden de la palabra implica un primer paso de represión, represión de lo pulsional que tiene como efec-

to que hablar implica la pérdida del cuerpo que se constituye como ajenidad.

Se delinea así la función de lo que denominamos "Estructura" del sujeto: "No querer saber...lo sabido", sabido pero primordialmente reprimido. Por lo cual lo transformará en inaccesible para el sujeto que lo soporta, será "extímico" a él. Es por ello que será necesaria la producción de un saber acerca de ello. Del mayor o menor éxito de esta función de la estructura dependerá la formación de las constelaciones sintomáticas con las cuales se intentará lograr el objetivo de mantener el velamiento de la Causa.

La imposibilidad de dar cuenta de este primer encuentro, por no tener cadenas significantes que den cuenta del efecto traumático del mismo, provoca la creación de las cadenas significantes necesarias para yugular el mismo y poder salir de esta situación de anonadamiento. De esta forma, se comienza a construir lo que conocemos como "El inconciente", el cual por sus orígenes se encontrará estructurado como un lenguaje, el que será necesario descifrar a lo largo de la cura.

Esta producción de cadenas significantes no se encuentra librada al azar, sino que se determina por las coordenadas estructurantes del llamado Complejo de Edipo.

Los términos del mismo los conocemos como el Deseo de la Madre y la Función del Nombre del Padre, los que, articulados en una operación estructural, darán como resultado un significante que no remite a otro significante, válido para ambos sexos biológicos, el Falo como significante de la Falta.

Este es el modo a través del cual se producirá el pasaje edípico, la Metáfora Paterna, cuya operatoria depende del grado de operatividad del Nombre del Padre. El cual, en el caso de los pacientes toxicómanos se encuentra con un grado importante de desfallecimiento, a pesar del cual conservará cierto orden de

presencia que cuestiona la posibilidad de ejercer el límite necesario a la Omnipotencia del Otro Materno.

La Ley de Prohibición del Incesto se compone de dos imperativos, uno dirigido al sujeto, "No te acostarás con tu Madre", el otro dirigido a la Madre, "No reintegrarás tu producto".

Es justamente la interdicción dirigida a la madre la que queda en cierta forma en suspenso, a consecuencia de la falencia del Nombre del Padre, lo que determina que estos sujetos queden atrapados como objeto de Goce.

Con escasa capacidad metafórica se estructuran más del lado de lo que Freud denomina "Neurosis Actuales" (neurastenia, neurosis de angustia, hipocondría), por lo que su padecimiento no se encuentra enhebrado por el Edipo, sino adquiriendo las características de un déficit simbólico, debido a las cuales se exigen acciones en lo real del cuerpo para poder lograr su compensación. Son adictos, sin palabra, en tanto el acceso a ella está dificultado por la pregnancia pulsional incestuosa en la que se encuentran atrapados. La rectificación subjetiva que proponemos, como trabajo terapéutico, en las entrevistas preliminares, tiene como objetivo el tratar de recuperar ese acceso a la palabra, para que el sujeto entonces pueda nombrarse a partir de reconocerse implicado en su devenir.

Pacientes estos de gran labilidad emocional, en tanto se encuentran siempre en peligro de la pérdida de amor o de su contrario, un engañoso "desborde de amor". En ambos casos, no hay reconocimiento de su alteridad. No hay para ellos la posibilidad del reconocimiento del Otro como algo exterior a sí mismos, por lo cual, oscilan entre su desaparición como objeto ante cada alejamiento afectivo, o una sensación de avasallamiento vehiculizada con frecuencia por fantasmas de devoración o de disolución en el Otro.

El llamado “deficitario control impulsivo” queda así ligado a esta escasa capacidad metafórica y a la desmentida de la Castración, en tanto su resonancia con la Falta en el Otro. No siendo pasible de ningún intento de “reeducación” para adquirir la paciencia y la capacidad de postergación.

Se trata de la imposibilidad de hacer frente al incremento de la tensión libidinal, que sólo será calmada a través de la acción, la cual, a diferencia del acto, sostiene al sujeto en una posición de no implicación en la producción de la misma, en tanto esta acción se presenta como un desborde impulsivo ante el cual se encuentra inerte. Es entonces cuando no hay posibilidades de soportar una postergación del impulso, siendo ésta la razón de lo insoportable del incremento tensional, el cual pone en peligro la débil cohesión del Yo.

Este es un factor muy presente en los tratamientos, en tanto los incrementos de tensión pulsional, por ejemplo, ante la posibilidad de concreción de anhelos postergados, asumen características de insoportables y el sujeto debe “cortocircuitar” por intermedio de la descarga implicada en la recaída. Recurriendo así al sistema de cancelación del malestar ofrecido por el poder anestésico del tóxico. Lugar éste donde se articula con la problemática de la medicación psicofarmacológica en las adicciones.

El correlato a este déficit en el control impulsivo determina una intolerancia ante la angustia como señal del incremento pulsional sin posibilidad de descarga. Angustia que pone en peligro la integridad del Yo por no poder ligar el incremento tensional, que se transforma en una amenaza de avasallamiento, que dispara el pasaje al acto.

El establecimiento de una manifestación adictiva implica necesariamente la existencia de una particular deficiencia de la estructuración narcisista, generando dificultades en el establecimiento de un adecuado tránsito edípico.

La clínica de las adicciones nos muestra la imbricación de las manifestaciones adictivas en prácticamente todas las estructuras de base, pero también es evidente que sólo en aquellas en las cuales priman las dificultades narcisistas son en las cuales este entrelazamiento es más estrecho, dando lugar al desarrollo de un estilo de vida que denominamos “dependencia”.

En nuestra práctica partimos del concepto de una Clínica Soberana. Esto implica privilegiar el discurso de los pacientes y a las operaciones que se demuestren válidas en el sentido de tener la capacidad de producir una modificación de la posición subjetiva, siendo estas coordinadas los ejes de articulación de un “Sistema de Tratamiento” capaz de proponer, a quien padece, una alternativa diferente al sistema de cancelación del dolor de existir producido por las sustancias.

El objetivo de este Sistema es la producción de la “conciencia de enfermedad” como modo de reconocimiento de la implicación del sujeto en el desarrollo de su malestar, posibilitando el surgimiento del interés de continuar el tiempo necesario para lograr una profundización de la interrogación subjetiva hasta lograr una modificación de su posición ante el Otro, teniendo como efecto una mejora del bienestar.

Si la responsabilidad del “ruido” productor del malestar se encuentra en mí, y es una manifestación de mi responsabilidad con respecto al mismo, tengo también la posibilidad de desplegar otros dispositivos para tratar de operar sobre dicho padecimiento, y así poder variar las repeticiones y salir de la monotonía de la anestesia a la cual recorro cuando se despliega el orden de la angustia o la amenaza superyoica.

Como condición para poder realizar este recorrido es necesario establecer la abstinencia, no como fin en sí mismo, sino como condición necesaria para poder desarrollar la cura. En la medida en la cual esta abstinencia implica la aceptación de un

tiempo de "pago", de "renuncia", marcado por la aparición de una falta concreta a través de la cual comienza a hacerse presente el malestar.

Abandonar la queja, dejar de lado el victimismo, soportar las manifestaciones de eso ante lo cual repetidamente se ha recurrido a su cancelación por la vía rápida y engañosa del tóxico, perder esa modalidad de "reconocimiento social" significada por el "ser adicto" y transitar por el difícil pasaje de esta pérdida de "ser", hasta la construcción de una nueva categoría de reconocimiento, son algunas de las cuestiones que se despliegan en la cura.

Los "anhelos postergados" son parte importante de lo "penoso" de la "miseria adictiva", pero no son irrealizables. Su concreción se encuentra suspendida por obra de las dificultades implícitas en la estructura de base. Estos sujetos adolecen del déficit inicial, en un elemento fundamental para una adecuada constitución yoica, en tanto el "alojamiento amoroso en el Otro" aparece fallido.

Esta falla puede manifestarse a través de la vivencia de no haber recibido este amor de un modo suficiente o por una excesiva erotización del mismo. En ambos casos, el sujeto carecerá de uno de los elementos fundamentales para desarrollarse de una manera tal como para poder realizar los anhelos derivados del despliegue del campo desiderativo.

El desarrollo de manifestaciones adictivas siempre es una dificultad sobre agregada a la enfermedad de base. En tanto el consumo de drogas proporciona un modo de cancelación rápido y ofrece la posibilidad de un cierto grado de satisfacción, otorgando, al mismo tiempo, la posibilidad de un reconocimiento social a sujetos con importantes dificultades para acceder al mismo, en la medida que uno de los rasgos de su padecimiento es el sostenerse en una marginalidad por su incapacidad de integración.

Por otra parte, dado que en líneas generales el comienzo del encuentro con las drogas es la adolescencia, con el consiguiente encuentro con las fuentes de conflicto y malestar propios de esa etapa, tal como hemos desarrollado antes. El rasgo singular con que nos encontramos, en el trabajo con los pacientes denominados toxicómanos, es que se ha producido una cristalización de ese momento de la estructuración del individuo.

Esto hace que en estos pacientes un rasgo particular es justamente el permanecer en un estado de no resolución de estas conflictivas. No han podido desplegar recurso alguno ante ellas y el consumo los ha suspendido en el tiempo. Esta adolescencia no ha transcurrido, se encuentra "frizada" y a la espera de resolución. Mientras tanto, el paciente sigue girando permanentemente sobre el mismo punto.

Esta singularidad no puede sustentar la determinación de un campo de abordaje particular para estos pacientes. Su particularidad reside, como en todo sujeto, en otro lado. En lo que denominamos sujeto del Deseo. Para nosotros no hay razón para incluir a las toxicomanías en otro campo que el de la Salud Mental, ni tampoco de crear abordajes diferentes que el que brinda la utilización de las herramientas que conocemos a través de las enseñanzas de Freud. Demanda, Transferencia, Complejo de Edipo, Sujeto del Deseo.

El Deseo de la Madre es una Demanda permanente de que su producto, el nuevo ser, ocupe el lugar de la Falta, quedando así en situación de convertirse en objeto de su Goce. Esta Demanda es, por una parte, la que produce la posibilidad de erotización del sujeto y por otra es incesante y, por exceso o carencia, determinará la futura estructura clínica que el sujeto deberá soportar en su existencia.

Lacan caracteriza a esta demanda interminable como "la boca del cocodrilo", figura por demás expresiva de este Otro primordial que no tiene límites, con una Omnipotencia absoluta, tra-

tando siempre de colocar al niño como quien obture el lugar de su Falta. Posición en la que el sujeto se acomoda y sostiene con firmeza en la medida que, tal como plantea Freud, los neuróticos están dispuestos a reconocer y soportar su castración; aun al precio de su impotencia, a condición de no tener que reconocer esa visión intolerable de la castración de la Madre. Castración que no es sólo la visión de los genitales femeninos, o mejor dicho, estos son tan sólo una expresión de la castración intolerable que significa el reconocimiento del Otro como castrado, no omnipotente.

Este empuje avasallador de la Demanda materna encuentra su límite en la Función del Nombre del Padre, el otro término de la operación edípica cuyo resultado es la creación significativa del Falo en el lugar de la Falta. La temible boca del cocodrilo encuentra en el Nombre del Padre el palo que pone el límite.

Función que es soportada por un sujeto que ocupa el lugar de un padre. Padres los hay de diversas clases, lo que implica que la Función siempre se verá afectada por los límites de su portador.

Hay genitores que sólo son eso, genitores. Hay otros quienes advienen a la función desde el Deseo de Padre. Esto implica que existirán diferentes grados de efectividad en el cumplimiento de su función, o dicho de otra manera, diferentes grados de "desfallecimientos" en el ejercicio de la función. En tanto ésta estará en consonancia con la propia historia edípica del Padre.

Entre el genitor y quien asume el lugar del Padre, hay una serie de variaciones, siendo una de las más frecuentes la de los "fraternos" que compiten con el hijo por el alojamiento amoroso en esa mujer que es Madre.

En el "alojamiento amoroso" en el Otro materno, también hay estilos que van más allá de lo que las convenciones sociales y morales imponen en la "categoría de Universales incuestio-

nables". Se da por sentado que existe un innato, cuasi biológico "amor de madre", que además es incondicional y eterno.

Con lo cual este "amor de madre", al que también se denomina "instinto maternal" queda adscripto a un factor innato que se ubica del lado de lo Instintual. Sin embargo tenemos variopintos ejemplos a través de los cuales esta aseveración es desmentida. No siempre la maternidad biológica se acompaña del entretejido de una historia amorosa para con el hijo, llevando esto la cuestión de la maternidad al campo del Deseo de un hijo por parte de quien toma la decisión de asumirse como Madre.

Es interesante detenerse un poco sobre este aspecto. Llamativamente lo cultural echa un velo sobre la cuestión del Deseo y la sexualidad.

De esta forma, la mujer sexuada, deseante, queda subsumida por la figura impoluta y casta de la Madre. Mujer y madre pasan a ser sinónimos. La Mujer pierde entonces su aspecto sexual y pasa a constituirse como Madre cuasi virginal, en un más allá del Deseo, convertida en una instancia incuestionable determinada por la biología y borrada subjetivamente. Es por esto que la cuestión de la Falta asume ribetes dramáticos en la medida en que da por tierra con la posibilidad de una obturación que asegure la omnipotencia de una figura que se encarnará como un Superyo obscuro y feroz.

Si algo marca la radical diferencia con los otros especímenes del Reino Animal es que el campo específico del sujeto es el desiderativo.

El instinto, en el ser humano, es de naturaleza Real. Por lo tanto, queda dentro de lo imposible de un modo radical. La posibilidad de hablar, pensar, razonar, son consecuencias de la capacidad de Desear del Sujeto. Quien de este modo se aleja de lo instintual y predeterminado genéticamente.

Freud introduce una interesante distinción acerca del concepto de Instinto, tan ligado al determinismo biológico, creando el concepto de "Pulsión" como concepto "límite entre lo psíquico y lo somático". Límite que debe ser entendido como radical, el

instinto no tiene cabida en la economía psíquica del sujeto. Tan sólo lo que de él se encuentra unido a la "representación" tiene circulación en el psiquismo. El "instinto" queda fuera del campo del sujeto, en el cual tan solo el Deseo tendrá la posibilidad de determinar la estructuración del mismo.

Es por esto que la posibilidad de Madre y Padre no queda establecida por una cuestión biológica, sino fundamental y exclusivamente por el Deseo de Madre o Padre, referido al hijo.

Es así que la clínica, una vez más, nos servirá de hilo de Ariadna en esta cuestión de los avatares del amor parental, que va desde la ausencia de amor hasta un amor posesivo absoluto y exclusivo, pasando por el alojamiento que supone un reconocimiento del hijo como sujeto que es el que abre la posibilidad del establecimiento de la alteridad necesaria para alcanzar la independencia afectiva.

Posición difícil, ya que supone que el Otro materno acepte el límite del Nombre del Padre y por ende su destitución en tanto omnipotente.

Cualquiera sea el estilo, el infante se aferrará al alojamiento ofrecido, ya que aún en el desamor sigue insistiendo la presencia de un Otro omnipotente del cual el sujeto será confortablemente su lugarteniente.

Z. lleva ya varios meses de tratamiento. Tiene un largo recorrido dentro del consumo de sustancias, casi 20 años y varios tratamientos anteriores que han resultado fallidos. En general, a poco de haberlos terminado reaparece la manifestación adictiva a partir de situaciones en las que él se encuentra en una posición de cierto bienestar y comenzando a dar los pasos necesarios en dirección a la concreción de alguno de sus anhelos pendientes. Lo que se comienza a delinear es que esta retoma del consumo tiene como función la tranquilización. Con el consumo puede cortar la excitación que se acrecienta ante la posibilidad de alcanzar lo anhelado. Este incremento se torna insostenible y es entonces cuando se produce el acto del consumo como intento de "volver a fojas cero".

En la referencia que hace de su historia se manifiesta con claridad una queja por lo que el paciente interpreta como desamor y despreocupación de su madre. Se siente dolorosamente no querido por ella, sosteniendo en el tiempo un reclamo amoroso que no le es posible satisfacer.

Esta repetición de su búsqueda de amor incondicional materno la va repitiendo en sus relaciones con las mujeres, las cuales siempre terminan "pagándole mal" todos sus intentos de satisfacción. Finalmente, siempre termina decepcionado.

Su madre le prestaba poca atención "porque trabajaba todo el día", no quedándole tiempo suficiente para ocuparse de él y de sus dificultades.

Aporta ciertos datos acerca de la figura materna que van llevando la cuestión al planteo de si en verdad la madre no le prestaba la atención reclamada por malevolencia o por imposibilidad, en tanto ésta aparecía con un perfil narcisista que determinaba cierta dificultad ante el brindar amor.

O sea "¿no podía?" o "¿no quería?". Esta fue la pregunta que surgió del trabajo terapéutico.

Ante esta pregunta el paciente manifiesta que esto, el no poder, entendido como limitación materna, era algo que le era posible comprender racionalmente. Pero que le resultaba impensable el aceptar que en esta madre existiera semejante limitación.

Llegar a esta aceptación era, parafraseando a R., "dejarla ir" y afrontar la soledad que se ratificaba con la posibilidad de la aparición del Acto que implicaba la realización de alguno de sus anhelos.

Ese era el momento en que se disparaba la repetición, reaparecía lo incestuoso en el Deseo y esto debía ser cancelado con el Acto del consumo.

A costa de sí, anulando la posibilidad de desplegar su Deseo, preservaba la integridad de la Omnipotencia del Otro Materno, "no lo hizo porque es una hija de puta, no me quiso lo suficiente como para hacerlo".

Marcando así un momento crucial en el desarrollo de su cura, en tanto que el producir el acto de destitución del Otro materno lo deja en una situación de desamparo. Ante esto se abren

dos posibilidades: llegar a transformar el desamparo en la soledad que abre las puertas a la búsqueda de satisfacción del Deseo, implicando esto la producción de un Acto que inscriba una marca de diferencia en la posición del sujeto.

Desplazándose de la dependencia infantil y la agotadora búsqueda de un amor incondicional que asegura la presencia y el amparo del Otro materno, aun en el desamor que es negado, en última instancia, por el fantasma de que "no me quería porque no quiso, no porque no podía". A la posibilidad de un "autorizarse de sí mismo" que lo ubique en la responsabilidad subjetiva de sus actos. O por el contrario, abandonar el tratamiento intentando, la más de las veces de un modo fallido, recomponer la situación inicial de yogulación de los anhelos a través de la intoxicación.

"Comienza otro tiempo cuando aparece un hijo, comienza otra vida, otra particularidad de la que no somos dueños. Por eso he repetido que un hijo acontece sobre todo en su aceptación, no tanto en el deseo, sino en la aceptación, porque el deseo de los padres no puede contar con el deseo del hijo, pero una vez que éste viene al mundo hay ya otro deseo que hay que aceptar. Esta es la más nítida figura de lo que en la clínica psicoanalítica se llama castración: hay otro deseo (...) En todo caso, se tengan o no, hay otros deseos. Sin esa aceptación, la vida familiar no es que sea infernal, es sólo infierno, un infierno de exigencias, de amores ciertos y ciegos, y dependencias selladas. La relación con el deseo ha de ser, entonces, subrepticia y la relación con la satisfacción se verá ligada al daño y a la culpa.

*(...) La soledad da una cierta posibilidad al amor no por ser un castigo, ni el amor una queja o una mera reivindicación. Condenado todo el tiempo a la decepción, a la Versagung, que presidió la relación de la niña y también del niño con la madre, tomar la soledad como punto de partida será para el hombre no pasarse la vida presumiendo de autosuficiencia y temiendo todo el tiempo ser abandonado, y será para la mujer no reducirse a la repetición de la decepción."*¹¹

11. Pereña, R. Soledad, pertenencia y transferencia. Madrid, Ed. Síntesis, 2006.

LA ESTRUCTURA. EL SUJETO DE LA PALABRA

En los seres humanos no hay inmanencias, el sujeto es algo a producir, tanto como lo inconciente y la estructura. Esta producción se desarrolla de acuerdo a los avatares del Complejo nuclear de la neurosis y, en la misma, la participación del sujeto se encuentra determinada, en un principio, por la circunstancia que el nacimiento es una prematuración.

*"Porque ese poder "preformativo" de la palabra es un afán irrenunciable del sujeto que habla, pues remite a una experiencia anterior, que es la experiencia del poder absoluto de la madre (como su figura, por el momento, más representativa), el poder que da o quita la vida, poder que se asienta en el destierro y la expropiación del sujeto recién venido al mundo, destierro de la naturaleza y, en consecuencia, expropiación del propio cuerpo (si es que pudiera ser llamado propio)."*¹²

No tenemos la posibilidad de sobrevivir sin la asistencia de otro que nos haga de inicio de soporte, y a través del cual se irá produciendo la posibilidad de ingreso en el orden de la palabra.

El lenguaje nos preexiste, pero es necesario, para ingresar en su universo, el ser nombrados por ese Otro. Es así que en el ini-

12. Ibid. Pereña, R.

cio el sujeto formará con el Otro materno una cierta relación de complementariedad. Será el Deseo de ese Otro lo que marcará la posibilidad y el estilo de alojamiento amoroso que se producirá. Alojamiento y estilo que serán de un peso considerable en el proceso de creación de la estructura.

Como hemos dicho anteriormente, el desarrollo del Complejo de Edipo tiene relación por el juego de los dos términos que marcan los límites de la escena. Ambos son funciones, por una parte, el Deseo de la madre que desarrollará la posibilidad de erotización del sujeto, y para el cual, éste será el representante del Falo. De esta manera, se intentará resolver el problema de la Falta fundamental. Es por esto que el hijo siempre se encontrará reclamado, por el Deseo de la madre, a ocupar ese lugar.

El Nombre del Padre será lo que pone límite a la deriva me-tonímica del Deseo materno, posibilitando de esta manera que el sujeto no quede atrapado como objeto de Goce del Otro. La operación que se produce por la puesta en juego de estas funciones dará la posibilidad de creación de un Significante particular, en tanto es un significante que no tiene su par antitético. Lo que ubica al Falo como Significante en el lugar de la Falta, significante que compete a los dos sexos, en la medida en que no hay significante particular para el hombre y para la mujer.

Se produce así la posibilidad del Alojamiento amoroso del sujeto, que tiene la particularidad de englobar también al desamor. De todas maneras, como amado o rechazado, tendrá un lugar que lo soportará en los inicios.

Objeto de Goce o reconocimiento de la alteridad, esa es la cuestión que se juega en el desarrollo del drama edípico para cada sujeto. Una u otra posición será efecto de la acción del Nombre del Padre.

De esta manera, se va determinando lo que será la futura estructura, que será el modo o estilo particular en que cada sujeto tratará de resolver la cuestión de la Falta que lo funda.

Cabe acá hacer referencia a la diferencia de género que encontramos con respecto al desarrollo de las manifestaciones adictivas, en tanto, para las mujeres el malestar tiene modos de tramitación que no son accesibles al hombre, justamente, por una cuestión de la estructura y estofa del Deseo materno.

"La clínica es clara al respecto, para las mujeres la maternidad suele ser un "argumento" de peso ante el consumo de sustancias, operando el embarazo y el parto como un estabilizador estructural, produciendo una disminución e incluso una cancelación del malestar motivador de la adicción, lo cual implica una desaparición de fenómeno adictivo. Sin por esto desempeñarse estas madres de una manera más nociva que cualquier otra madre neurótica en la crianza del vástago. El aspecto más problemático de su padecimiento se encuentra referido al tipo de elecciones amorosas realizadas en general por ellas, el cual deriva de su propia estructura. Con harta frecuencia empeñan su vida en historias de amor repitiendo cierto cliché. Suelen enamorarse o al menos elegir como padres de sus hijos a sujetos con los rasgos estructurales que repiten las falencias de sus padres, quienes han sido sostenidos contra viento y marea, tratando de ocultar con el amor la impotencia en lo referido a desempeñar adecuadamente la Función Paterna. Haciendo posible de esta manera sostener un cierto velamiento del límite que comporta esta Función, tanto para el sujeto como para la madre.

Pero también encontramos casos en los cuales la adicción se sostiene ante la maternidad, en estas circunstancias el desarrollo del proceso de tratamiento es arduo y frecuentemente culmina en un fracaso, en tanto se muestran como refractarias a los intentos de abordaje terapéutico, como si las posibilidades de desarrollar una pregunta sobre su malestar fueran escasas. Podemos pensar, en estos casos, la existencia de una "Escisión del Yo", de un alcance y una profundidad que la torna en inaccesible al intento de elaboración. Es esta "Escisión del Yo" lo que marca un límite preciso al devenir de la cura en tanto que determina lo que, parafraseando a Freud, podríamos condensar en la fórmula de "la estructura es el destino". En toda cura sobreviene el Momento de concluir, determinado por el encuentro con una voluntad deci-

dida de no renuncia a un lugar de Goce. En tanto, esta decisión implica un orden de inaccesibilidad al trabajo significativo, preservándose así un lugar donde se mantiene intacto algo que desmiente la pérdida fundamental".¹³

Al modo histérico o al modo obsesivo, la estructura desarrollará su función de sostener el "no querer saber lo sabido", las fallas en el ejercicio de su función darán lugar a la creación de las diferentes constelaciones sintomáticas y a los modos particulares de relación y despliegue del Deseo.

La puesta en juego de las constelaciones sintomáticas tendrá como escenario imaginario estas "relaciones con otros seres humanos", lo que producirá el malestar que aqueja a los pacientes. Este malestar que se evidencia en la repetición de los clisés aprendidos en la infancia es el modo de expresión de las dificultades del sujeto con respecto a su Deseo, situación ésta que se tratará de resolver de, por lo menos, tres maneras.

Construyendo un sistema de ideas que le permita seguir en una posición de prescindencia con respecto a su producción, achacando él mismo al desamor, a la falta de reconocimiento o, simplemente, a la malevolencia de los otros; intentando borrar cualquier compromiso subjetivo en esta producción.

Recurriendo a la química (legal o ilegal) como medio de supresión del malestar y, por supuesto, sosteniendo el sistema de ideas que le permita seguir sosteniendo la no responsabilidad con respecto a las dificultades que se le presentan como insuperables y emanadas de los otros.

Reconociendo que ese malestar se relaciona con dificultades subjetivas que lo producen.

Tan sólo será posible abordar la cuestión cuando el sujeto puede reconocerse en su dificultad e interrogarse con respecto a la misma.

En general, esto es algo a producir en las entrevistas preliminares, tanto para quienes son consumidores de drogas como para quienes no lo son.

La clínica de las toxicomanías hace evidente ciertas particularidades de la estructura de quienes recurrirán a la química como medio de cancelar el malestar. El malestar se encuentra relacionado con la dificultad del acceso al campo desiderativo, en la medida en que la posición del sujeto como objeto del Goce materno provoca la carga incestuosa del deseo, sin la posibilidad de un límite de este Goce en tanto hay un pronunciado desfallecimiento de la Función del Nombre del Padre.

La disfuncionalidad que encontramos en la estructuración familiar de estos pacientes sigue un cierto clisé que se repite más o menos con regularidad.

La figura materna se encuentra cargada de omnipotencia y es la que ofrece el alojamiento al sujeto, quien queda entre los pliegues de esta presencia, ya sea como amado o rechazado; de todas maneras, le asegura una pertenencia y un amparo ante los avatares de la vida. Así el sujeto se encuentra en cierta medida inerte ante este poderío ya que en general los padres (o quien soporte esa apariencia) aparecen como genitores o, en el mejor de los casos, como fraternos, degradándose así la Función que deberían sostener. Sin una intervención sobre el Deseo materno, no tienen la capacidad de limitarlo. En la reconstrucción de la historia los pacientes terminan ubicando al padre como inoperante, ya sea porque es un consumidor de drogas o alcohol, o simplemente han hecho mutis por el foro en los primeros años de vida del sujeto.

Esto se articula ajustadamente con las características de estas mujeres que, en su elección de quien será su compañero en la concepción del hijo, han privilegiado al genitor en desme-

13. Gutiérrez Segú, Oscar. *Las adicciones, una propuesta de abordaje clínico*. Ed. Letra Viva, 2010.

dro del Padre. Cosa que reafirman en el discurso que sostienen ante sus hijos.

Sin embargo, aún desfallecidos, en algún punto estos padres han cumplido una función estructural. Prueba de ello es que la estructura del sujeto con manifestaciones adictivas se continúa sosteniendo dentro de los límites de lo determinado en la misma por el efecto de la Función del Nombre del Padre.

Por lo cual es interesante el momento en la clínica en el que se comienza a introducir la Cuestión del Padre.

Esto se realiza siempre de la mano del discurso del paciente, quien suele introducir este orden a través de la puesta en escena de lo que denomina "ser peor que mi padre".

O sea, reproduce de un modo perseverante las características de sus progenitores en su vida cotidiana, a pesar de que éstas son justamente las características acerca de las cuales se quejan y critican. "Ser peor que mi padre" lleva implícita una pregunta: ¿Por qué no ser mejor, superarlo, lograr justamente aquello que ese padre no ha podido lograr?

Superar a ese padre es, de alguna manera, producir el "asesinato" de este padre Imaginario, ubicándolo, a partir de ello, en una recuperación del lugar simbólico de la Función. De esta manera, se vería obligado a abandonar la posición de hijo en su dimensión más infantil, conservando la vertiente de trascendencia y reconocimiento del linaje del "ser hijo de".

La introducción, o mejor dicho, el despliegue de esta cuestión produce en general un variopinto despliegue defensivo, en la medida en que la "recuperación" de la Función paterna, en su vertiente simbólica, provoca la puesta en juego del Límite a la Omnipotencia Materna, lo que remite sin dudas a la castración del Otro materno.

El precio del amparo y el alojamiento amoroso es alto, supone no ser reconocido en su alteridad, quedando en el lugar de objeto. Esta situación de Goce es una fuerte desmentida a la castración del Otro y deja al sujeto sin acceso al campo del De-

seo. En tanto este acceso implica una pérdida de esa pertenencia protectora, en la medida en que la aparición de lo desiderativo supone poner un límite al goce materno y, por lo tanto, remite a aquello fuertemente rechazado: la castración.

Sobre esta articulación se asienta la dificultad de los pacientes en la producción del Acto. Cualquier situación de entusiasmo y avance hacia la concreción de los anhelos postergados, se encuentra coartada en la medida en que se desencadena un afecto de angustia de características ominosas. Producir la separación, el límite al Otro materno omnipotente, contrariando las certezas del "no poder", que impregnan sus acciones y que forman parte de una defensa a ultranza de la completad materna, hace imprescindible atemperar el empuje desiderativo. Es allí donde entra en juego la intoxicación química como el medio probado de que todo siga en su lugar y el entusiasmo desaparezca.

En el devenir de la cura, el trabajo que se realiza a partir de las entrevistas preliminares, posibilita la rectificación subjetiva, abriendo camino al desarrollo de un segundo tiempo de elaboración, que podemos homologar al tiempo de comprender. Los carriles por los que se desliza el trabajo terapéutico se encuentran aceitados por la vertiente imaginaria del amor de transferencia. Demanda sin respuesta que desencadena la vertiente de la repetición en la transferencia, a través de la cual se arriba a este momento crucial que puede determinar la interrupción del tratamiento ante la imposibilidad del Acto.

El ingreso en lo que denominamos el "momento de concluir", en la cura del toxicómano, se encuentra enlazado a este tiempo en el que se hace presente la necesidad de producción de un Acto. Momento fundante, en el cual se arriesga a perder la pertenencia, enfrentar el desamparo y asumir la soledad de autorizarse de sí mismo.

Cl. tiene treinta años, soporta una historia infantil cargada de desamor, abuso y maltrato. Es consumidora de cocaína desde hace varios años.

Tiene tres hijos de los cuales, una, su hija mayor, es entregada en guarda a otra familia, dado que, según refiere la paciente, "ella no se podía hacer cargo de la hija". Repite así la situación de abandono experimentada en su infancia.

El trabajo terapéutico va produciendo el efecto de que Cl. se comience a interrogar acerca de su posición con respecto a esa hija, y el modo en que, en esa situación, se repite un fragmento de su historia infantil.

Comienza a plantearse cierto interés por retomar de alguna manera la relación interrumpida.

En esa instancia la paciente refiere un sueño, que pone en la cuenta de "sueño de consumo".

Se encuentra ante la necesidad de tomar una decisión. Se encuentra presente su hija y también una mesa colmada de cocaína, debe decidir por qué opción se define. Se inclina por la cocaína. En ese momento se produce el despertar.

A posteriori de este sueño la paciente comienza con una gran angustia, en tanto, reconoce que si esta situación se produjese en la realidad su opción sería también la elección de la cocaína. Se continúa trabajando en los espacios terapéuticos acerca de la dificultad en la producción del Acto que implica intentar la rectificación de la situación de repetición del abandono infantil.

Poco tiempo después se concluye el período de subsidio del tratamiento, por parte de SEDRONAR, y la paciente plantea el continuar con su terapia individual solamente. Asiste a un par de sesiones, que se financia ella, y luego deja de concurrir a su encuentro semanal con su analista.

Varios meses después de haber dejado de concurrir al tratamiento recibimos noticias de ella a través de su esposo. Éste refiere que la paciente se encuentra bien, sin consumo, y que ha logrado conseguir un trabajo en blanco. La situación aparece como esta-

bilizada, habiendo logrado un cierto nivel de organización, tanto en lo laboral, como en la relación con sus hijos y con su pareja, mejorado en cierto grado su calidad de vida.

Como es frecuente que suceda en los tratamientos prolongados, el momento de conclusión, que se encuentra ligado a la posibilidad de la producción del Acto, se ubica a posteriori de la interrupción de la asistencia al encuentro terapéutico.

La caída de la situación transferencial provoca, en muchas ocasiones, que la pérdida del Otro de la transferencia deje al sujeto enfrentado con su decisión, que, en ese momento, se puede pensar como la posibilidad del acceso al "autorizarse de sí mismo", que consideramos un objetivo prioritario en los procesos de cura.

PSICOTRÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR

Tal como hemos planteado más arriba la definición de "droga" engloba a los psicotrópicos, en tanto también éstos están al servicio de la modificación de la realidad psíquica del sujeto que los consume. Se debe señalar que ambos, psicofármacos y "drogas", comparten una clasificación común en tanto sus efectos y lugares de acción se superponen.

Así, tenemos fármacos y sustancias inhibitoras, excitadoras, sedantes, etc., siendo comunes los quimiorreceptores puestos en juego y sobre los cuales actúan.

"En un proceso psicoterapéutico se indica una medicación psicofarmacológica como último recurso. El psicoterapeuta "se desentiende" del azar y avatar de quien la administra y de quien la recibe, y trata de no involucrarse y conservar una falsa asepsia psicoterapéutica.

De la misma manera que la medicina "se desentendió" de la psiquiatría y la psicología durante siglos, hoy se corre el peligro inverso: que ambas disciplinas hagan caso omiso de conceptos médicos de investigación y tratamiento, y recurran de forma unilateral a la curación por la palabra, sin evaluar que muchas veces con ella no basta.

(...) Pese a estas definiciones, la psiquiatría trató de ajustarse a un modelo médico clásico, a la espera de que, con los nuevos descubrimientos (al igual que la microbiología o la patología por

ejemplo) la considerasen como un par más dentro de la familia de las ciencias médicas. Esta lucha infructuosa comenzó con la aceptación de dos falsos postulados.

El primero fue no querer reconocer que, por definición, la psiquiatría y la psicología investigan fenómenos que el ser humano genera a través de su aparato psíquico. El segundo fue creer que el modelo médico cumple rigurosamente con los cuatro postulados clásicos, por el cual se afirma la existencia de una enfermedad:

1. *Posee etiología específica*
2. *Existe una discontinuidad con la normalidad*
3. *Presenta cambios físicos demostrables*
4. *Comenzada la noxa interna, ésta no es modificable por Influencias ambientales externas¹⁴*

Lo que torna complicado el acto de prescripción de los fármacos a quienes, en la medida de padecer una deficitaria estructuración encuentran menguadas sus posibilidades a la hora de poner en juego los recursos para lograr alcanzar una situación de bienestar, enfrentándose al hecho de padecer una modalidad al servicio de la defensa francamente insuficiente para cumplir su cometido.

Se llega al momento en que las barreras, puestas por la defensa para tratar de evitar el fracaso de la función de la estructura, quedan desbordadas por el padecimiento. Comprobándose, entonces, que quien ha elegido la toxicomanía como estilo de vida acepte el recurrir a la ayuda profesional para intentar reducir el malestar. Es importante tener en cuenta las particulares maneras a través de la cuales se manifiesta esta aceptación. No es aún una demanda, en tanto ésta es algo a producir con el trabajo terapéutico inicial, pero sí, en esta aceptación y su estilo, se va delineando la posibilidad de producción de dicha demanda.

Lo que ya hemos planteado acerca del componente subjetivo en los efectos producidos por las sustancias psicoactivas,

lo podemos hacer extensivo al condicionamiento que tienen los efectos de los psicofármacos, por la intervención del componente de la subjetividad, que, en última instancia, potenciará o anulará dicho efecto. Esto es tan válido para los consumidores de drogas como para quienes recurren a las mismas por disfuncionalidades propias de sus estructuras. El reconocimiento de las determinaciones estructurales, que producen las diferentes constelaciones sintomáticas, en general, es un elemento que mengua la sensación de "bienestar químico" que producen los psicofármacos. También, en este caso, el malestar desborda el efecto apaciguador de estos y es entonces cuando el objetivo, común de los psicofármacos y las llamadas "drogas", de yogulación de la interrogación acerca del mismo, fracasa.

El objetivo de máxima, compartido por los consumidores de drogas, y quienes soportan el malestar derivado de las constelaciones sintomáticas, es lograr una anestesia del dolor de existir, y no podemos desconocer los efectos producidos por las drogas como productoras de ilusorios sentimientos de bienestar. Sea por la producción de sensaciones de euforia o tranquilización, cambios de humor, etc. Permitiéndoles de una manera pasajera y más o menos fugaz el "olvidar" la situación de miseria vital por donde transcurre su cotidianeidad. Este objetivo no se debe perder de vista al emprender una cura, en la que se haga necesaria la administración de psicotrópicos como complemento del proceso psicoterapéutico.

"Las contradicciones del deseo inconciente no engendran somatizaciones imaginarias, sino enfermedades reales y la dimensión psíquica del síntoma no impide tratar sus retoños orgánicos más vistosos"(...) "Otra cosa es aún la administración de medicamentos destinados a actuar sobre síntomas psíquicos, sobre la angustia, la inhibición, los delirios, etc. El psicoanálisis no proscribe por principio el uso de psicotrópicos (ni más ni menos que el del alcohol o de drogas en general), de las que ninguna civilización prescindió jamás. Hay que evaluar su uso solamente en

14. Malteszowicz, J. *Psicofarmacología Psicoanalítica IV*, Ed. Paidós, Bs. As., 1998.

función de la estructura y a título de síntoma. Es un problema de tacto. Va de suyo que el empleo de antialucinógenos en los momentos fecundos de la psicosis representa un gran progreso, mientras que el empleo de antidepresivos en la mayor parte de las depresiones es engañoso y peligroso. La práctica muestra constantemente que mientras más importante es la relación que se establece al hablar, menos necesario se vuelve el recurso a los medicamentos." (...) "En la secuencia "acontecimiento-goce-consecuencias sintomáticas", el psicotrópico tiene un efecto en el segundo tiempo. No actúa en el acontecimiento causal." (...) "En este sentido, las nuevas drogas legales que son los psicotrópicos tienen las mismas consecuencias que las antiguas: impiden que el síntoma hable y, en consecuencia, perpetúan el sufrimiento psíquico del mismo modo."¹⁵

Esta es la posición subjetiva de quien padece de un malestar, signado por la imposibilidad de acceso a lo desiderativo, soportando la penosa situación de estar continuamente coartado en la consecución de sus anhelos postergados y sintiéndose en falta por ello. Produce dos cuestiones que se repiten en las curas, que no son demasiado diferentes a lo que sucede en otro tipo de pacientes y que marcan tiempos en el proceso de modificación de dicha posición.

Una de estas cuestiones es la de sostenerse en la ilusión de que abandonar la situación de miseria vital en la que se encuentran es algo sencillo y que tan sólo con la asistencia al tratamiento encontrarán el modo de hacerlo sin costos subjetivos. Costos que se manifiestan a través de tener que soportar los diferentes afectos y emociones inherentes a la cotidianeidad del ser humano.

El bienestar, la posibilidad de poder alcanzar los anhelos postergados, la vida misma, no tienen por qué demandarles ningún tipo de esfuerzo y menos aún el pasar por situaciones de duelo ante las pérdidas, soportar fracasos, o atravesar situaciones de

15. Pommier G. *Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis*. Ed. Letra Viva, 2010.

angustia, por lo general, asociadas a los momentos en los cuales se encuentra en las cercanías de alcanzar algo de lo determinado por su campo desiderativo.

La otra cuestión es la de suponer que es posible modificar su estilo de vida, sin tener que abandonar posiciones infantiles con las cuales encuentran una manera de pertenencia, mediante la cual se aseguran un Garante. Evitando, así, la responsabilidad del acto y la soledad inherente a la toma de decisiones. Cabe señalar que, por la deficitaria estructuración que padecen, el sentimiento de soledad es algo a producir en tanto, para ellos, la pérdida del Garante es vivida como desamparo.

"La psiquiatría psicoanalítica reconoce un sistema inconciente y trabaja con los conflictos entre las diferentes instancias. El psicofármaco puede aquí considerarse como un objeto cuando la palabra (orden de la cualidad y de las representaciones) desaparece como consecuencia de la invasión cuantitativa del aparato. La psicosis comporta un ataque de esa naturaleza, cantidad que no pudo ser cualificada oportunamente".¹⁶

Ante dos patologías bien definidas nos encontramos con la necesidad de utilizar psicotrópicos como complemento del tratamiento psicoterapéutico. De no hacerlo, la posibilidad de operar con la palabra es prácticamente nula. Es importante tener en cuenta que, en el tratamiento de las afecciones psíquicas, la articulación entre el tratamiento farmacológico y el abordaje por la palabra posibilita un acceso a la mejora de la situación del paciente. En la medida en que esta combinación tiene efectos sobre la creación de nuevos circuitos de funcionamiento, que hacen posible rodear el escollo de los circuitos anteriores que son los responsables de las alteraciones. La palabra, según ya hemos planteado, tiene efectos de formación y transformación sobre el S. N. C., en tanto este no es una estructura rígidamente preformada y sobre determinada por lo biológico y la herencia, sino

16. Op. Cit. Molzeszowicz, J.

que es algo que se va moldeando en la medida en que se produce el acceso del sujeto al orden del lenguaje.

Por otra parte, son dos patologías en las cuales el consumo de sustancias psicoactivas cumple las veces de medio de estabilización y de apaciguamiento de la fenomenología psiquiátrica que presentan.

Me refiero, por una parte, a los trastornos psiquiátricos, el más común de ellos, la esquizofrenia, y ciertas depresiones graves y, por otra, a ese campo a veces de límites un poco difusos, denominado de los “trastornos fronterizos” o “Border Line”.

En estos últimos cuadros es frecuente que se produzcan descompensaciones con manifestaciones de fenomenología psiquiátrica. A veces relacionadas con situaciones de intoxicación y otras veces simplemente como parte del mismo trastorno patógeno. Presentando entonces ideaciones de características delirantes, de contenidos autorreferenciales y, en algunos casos, alteraciones sensorio-perceptivas. En estas situaciones es necesaria para la yogulación sintomática la utilización de psicofármacos.

“La compliance es la relación médico-paciente farmacoterapéutica, en la que el paciente toma la medicación según la directiva médica. Esta puede ser con la clásica actitud paternalista de la “autoridad médica” o a través de la “alianza terapéutica”.¹⁷

La “compliance” de los pacientes es muy frágil y en general sus familias no son precisamente dóciles a las demandas de control de la medicación que podemos llegar a formular (en el caso de los Ambulatorios). Esto es un efecto colateral al hecho de que quien se encuentra tomando medicación psiquiátrica queda en el lugar del “loco”, figura que, es evidente, no goza de buen cartel social, ante lo cual el de “adicto” aparece como menos estig-

17. Ibid.

matizante ya que es considerado como una “víctima del flagelo de la droga”, o sea irresponsable de su padecimiento.

Por lo que me parece indicado, cuando se trabaja con los pacientes afectados por un trastorno psicótico con manifestaciones adictivas, realizar grupos dinámicos sobre la temática de la medicación, con el objetivo de lograr una alianza con el paciente, para sostenerla de manera regular, y además poner de manifiesto la posibilidad de control de la fenomenología, con la consiguiente mejora de la calidad de vida. Por supuesto, esto no es tarea fácil, en tanto este control sobre los fenómenos supone una variación en la posición de pasividad y resignación o impotencia ante eso, vivido como omnipotente y arbitrario, que es la alteración psicótica.

En los pacientes que padecen el llamado “Trastorno Border Line” encontramos una situación a tener en cuenta, la demanda de medicación es frecuentemente sostenida por los pacientes, en la medida en que buscan el medio de suplantar, en lo referido a la anestesia del dolor de existir, las drogas. Se debe tener especial cuidado con este punto porque significa entrar en la dinámica gatopardista de los pacientes, quienes esperan un “cambio” sin pérdida y sin esfuerzo.

La administración de psicotrópicos debe articularse con el acceso a la acción terapéutica de la palabra. Por lo cual, la utilización de los mismos debe cuidar dos aspectos, por una parte, lograr el alivio de la fenomenología, que puede invadir al sujeto, impidiéndole el acceso al pensamiento y a la palabra. Por otra, no impedir, por sus efectos de exceso, el acceso a este pensamiento y palabra, de lo contrario, se transformarán en un elemento superponible a la acción de la enfermedad.

Esto supone, tanto para el psiquiatra, como para el paciente, soportar un cierto montante de malestar, el cual se desplegará en los espacios terapéuticos.

Malestar para el paciente, quien siempre ha huido de todas aquellas manifestaciones afectivas que lo comprometan con sus actos y con los otros.

Malestar para el psiquiatra, quien tendrá que escuchar ese malestar y no dar respuesta a la demanda, más o menos dramática, de sus pacientes, en busca de alivio. Soportando, al mismo tiempo, la inquietante posibilidad de los pasajes al acto, a veces plasmados en auto agresiones, los cuales evidentemente se encuentran más a "flor de piel". En tanto el disparador de los mismos, en general, es el encuentro masivo con un afecto de angustia, difícil de soportar por el deficitario Yo del paciente.

Pero el intentar yugular esta posibilidad, siempre inquietante, no debe implicar la utilización de la medicación de un modo que, en mi opinión, no es el más fructífero, terapéuticamente, en tanto se inscribe en la misma línea de la utilización de las sustancias. Alcanzar la cancelación del dolor de existir, a costa de prolongar la silenciosa miseria, en donde se encuentran marginados los pacientes.

Nuevamente, nos encontramos en la clínica con una cuestión nuclear, necesaria de tener en cuenta. Quien consulta lo hace en tanto y en cuanto el dispositivo o artilugio puesto en práctica para sobrellevar o eludir, en el mejor de los casos, el malestar, se muestra insuficiente.

Está absolutamente dispuesto a cambiar de dispositivo para que "eso marche". Poniendo como condición que no se modifiquen las coordenadas donde se sostiene su miseria. La ilusión de un Goce posible siempre es más confortable que el riesgo del Deseo.

Lo que denominamos "ideología" se sostiene en las coordenadas que encuentran fundamento, en el objetivo de la estructura, en pos de cuyo cumplimiento produce una serie de dispo-

sitivos para lograrlo. Este es precisamente el de "no querer saber lo sabido", consigna determinante de las cuestiones del sentido común, el cual se encuentra al servicio de la donación de sentido, paso importante para ingresar en la llamada Cultura, en la cual vivimos.

Esta "pasión por la ignorancia" se sostiene desplegando diversos recursos, síntomas, negaciones, cierres de resignación, amparados en el sentido, adicciones. Convocando respuestas acordes dentro de Lo Terapéutico, las cuales abarcan desde la supuesta pretensión de lograr una reeducación emocional, por intermedio de la cual se logre la eliminación, o al menos, el control de todo vestigio desiderativo, hasta la utilización de la química para lograr la abolición del sujeto.

"La existencia del sujeto es una condición previa: él sólo puede ser consciente de un objeto a condición de reprimir que primero él mismo fue el objeto del Otro materno.

...A causa de su primer sentido incestuoso, el cuerpo es "obsce-no": literalmente fuera de la escena. En ese sentido, nuestro cuerpo es aún mas exterior que cualquier exterior."¹⁸

En general, creo que ésta es una experiencia compartida. Cuando enfermamos de esa alienación denominada "cuerpo", en ese momento concurrimos al médico con una posición merecedora de algún comentario. "Lo ponemos en sus manos" y nos prestamos dócilmente a cumplir con sus indicaciones y a ingerir las diversas medicaciones indicadas, con la finalidad de "componer" lo que se encuentra en un orden de disfuncionalidad. Pero todo tiene un límite y éste es justamente el que marca el pasaje de la cuestión del "cuerpo" al compromiso del sujeto.

Tomar pastillas, "las que ud. diga", "pero eso de tener que aceptar y sostener restricciones o la realización de acciones que no me resultan amenas". Ahí sí comienza la dificultad y el in-

18. Op. Cit. Pommier, G.

cumplimiento. La "compliance", que le dicen, en general, no es muy férrea.

Es interesante reflexionar sobre la situación creada, cuando todo queda en manos del sujeto y éste es quien se tiene que comprometer para el cuidado de su salud, de su cuerpo sufriente, sea justamente el lugar donde trata de desentenderse y donde podría parafrasear a Felipe, el inefable amigo de Mafalda, cuando resume, en una frase, la esencia de su ser: "mis debilidades son más fuertes que yo".

Pasar de una posición pasiva donde nos entregamos al confort de estar en manos de otro a ser responsables de eso que nos sucede, asumiendo el compromiso de operar sobre ello, implica un encuentro con ese campo pulsional el cual de una manera u otra, nos muestra que son "sólo palabras". Ellas dicen más de lo que dicen sin saber lo que dicen, recibiendo el efecto de mis Actos, de mis palabras, en una puesta en escena difícil en tanto demuestra la no existencia del garante, borrando al mismo tiempo la supuesta antinomia del "dentro-fuera", siendo la realidad lo determinado por mis actos de lenguaje.

La medicación tiene que ser administrada en "dosis suficientes". Lo que implica que la medicación debe estar al servicio de posibilitar la emergencia de un cierto orden de palabra. Por lo cual es interesante el efecto producido cuando la medicación se combina con la posibilidad de desplegar esa palabra, o sea, cuando se acompaña de esa puesta en acto, que es la transferencia.

Lo que se debe evitar es que lo "suficiente" no sea un eufemismo de la producción de un borramiento subjetivo.

El objetivo de lograr la "estabilización" del cuadro que determina la fenomenología no puede ser el argumento con el cual, se administre una cantidad de fármacos que producen, no sólo el borramiento de las constelaciones fenomenológicas, sino que

no deja rastro de la existencia de un sujeto. La cual siempre está mojonada por los signos de la angustia y la defensa.

Una estructura Yoica deficitaria puede estabilizarse a través de la creación de un fenómeno delirante, y en cierta medida puede pensarse como tal el acontecer del campo transferencial con estos pacientes. Quienes despliegan el campo transferencial con ciertas características de masividad, evocadora de la transferencia desarrollada por los pacientes psicóticos.

En el proceso de la cura el despliegue del Campo transferencial, como puesta en acto del inconsciente, implica la creación de una situación en cierto modo "delirante". Si bien no hay alteración del curso del pensamiento, sí hay alteración del contenido. Siendo entonces el analista el objeto privilegiado de la construcción transferencial, representante de lo amado, lo odiado, de lo temido, representante al fin del Superyo. En una especie de "galería de Personajes", determinados por las coordenadas de las "experiencias infantiles y la disposición congénita".

La característica de masividad está dada por la presencia del elemento de certeza referido a la transferencia; esto sucede en la psicosis, hay certeza respecto de ella.

En el caso de los neuróticos, éstos "entran y salen" del "Delirio Transferencial", más o menos al ritmo de la sesión. Como sea, y aun cuando lo transferencial se encuentra también impregnando las cuestiones cotidianas de los analizados, el neurótico puede dudar y en general actúa la transferencia a nivel de la producción de asociaciones.

En lo referido a los pacientes con fenómenos de dependencia a los tóxicos, podemos pensar que este "delirio transferencial" puede cumplir con una función de ofrecer algo del orden de un alojamiento amoroso favorecedor del desarrollo de una posición de objeto reconocido en su alteridad. Esto es lo que produce una interesante estabilización cuando los pacientes comienzan a producir la transferencia. También se debe incluir en

esto que esta transferencia abarca lo Institucional, siendo entonces la Institución la que cumple con esta función de brindar un alojamiento representando cada uno de los integrantes diferentes personajes de la historia infantil del sujeto.

Tomamos el concepto de Yo Auxiliar, de la teoría psicodramática, para tratar de dar cuentas en la clínica de la función que cumple la Institución, presentando y permitiendo el despliegue de diferentes aspectos reprimidos y temidos por el sujeto, dentro de un campo que se encuentra controlado por el Sujeto del Saber Supuesto.

El despliegue del campo transferencial, con su capacidad de alojar la palabra, provoca un efecto interesante con respecto a las cantidades de medicación necesarias para domeñar los efectos fenomenológicos coartadores de la posibilidad de emergencia del sujeto que padece. Siendo en general posible utilizar dosis sensiblemente menores a las indicadas en otras condiciones de tratamiento.

La administración de psicofármacos, a quien se encuentra afectado por las manifestaciones de una adicción, debe tener en cuenta que los efectos producidos por los mismos se inscriben en la misma línea de los producidos por las sustancias de consumo. También, con el psicofármaco, se obtiene la cancelación del "dolor de existir", por lo cual, el objetivo de la administración farmacológica debe centrarse en tratar de controlar determinadas manifestaciones, en tanto, éstas impiden hablar a quien las padece, pero evitando el efecto de "supresión" subjetiva.

No es conveniente la administración de diferentes pastillas para dominar diferentes manifestaciones, dejando al sujeto padeciente en el silencio, reducido a una posición pasiva, en la cual la pastilla y su administrador (como en cualquier acto médico) son quienes se hacen cargo de eso ajeno, englobado como "lo enfermo", como un cuerpo sin palabras.

Cuando un sujeto padece del lenguaje, en los cuales los cuales promueven una tenemos que el sujeto sólo ti habla de "enfermos o enferr enfermedades mentales o ps siempre desprende un cierto establece dos categorías: las y esas otras, consideradas ca nería o el engaño.

Pero luego resulta que eso decimiento del sujeto, encor campo del lenguaje. Cabe re las parálisis motrices orgánic (Tomo I O.C. Ed. Biblioteca l ridad, se plantea la estrecha r y esa particularidad llamada tiene acceso con el único ins siendo consecuencia de esto existente dentro del orden de mano tiene de él.

*"Las diversas sensaciones que psicótico y que lo van alejan dible la inclusión del psicofár invasión desorganizante y ve camentos antipsicóticos). Est neurosis, claro está que no c que brinda el psicofármaco do se pretende asignarle la re lidad, cambio que está, casi psicoterapia."*¹⁹

19. Op. Cit. Moizeszowicz, J.

Que la droga sea una sustancia que, ingresada al organismo tiene acción sobre el S. N. C., modificando la percepción de la realidad psíquica del sujeto, es un concepto o definición que deberíamos completar.

Si es necesaria, la modificación de la realidad psíquica es, en tanto y en cuanto, ésta no condice con las aspiraciones del sujeto que la soporta. Por lo cual, es fundamental interrogar al sujeto acerca de su disconformidad y explorar las posibilidades de que pueda producir la modificación de esta situación.

El modo más idóneo para esto es remover la a-dicción que padece a través del acceso a la palabra, de lo contrario, estaríamos actuando en el sentido de reforzar el "no querer saber" que produce el desmedro del sujeto en aras de reforzar el dominio de la objetividad propuesta por la impronta cultural actual.

Esta obra se terminó de imprimir durante septiembre de 2013
en los Talleres Gráficos "Planeta Offset", Saavedra 565,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.