

Índice	1
Introducción	4
Capítulo 1	
Definiciones y contextualizaciones iniciales	
1.1 Situación y contexto actual consumo drogas y/o alcohol	
1.1.1 Situación mundial del consumo de sustancias	8
1.1.2 Consumo de sustancias en Chile	11
1.2 El contexto de la posmodernidad	
1.2.1 Emergencia de nuevas formas de interrelación: la economía de mercado	17
1.2.2 Cambios en la forma que adopta la psicopatología	24
1.3 La definición de adicción	29
1.4 Los tratamientos: historia y actualidad	39
Capítulo 2	
Psicoanálisis y adicciones	
2.1 Freud y el consumo de sustancias químicas	61
2.2 Los postfreudianos	64
2.3 Lacan y el concepto de droga	99
2.4 Una mirada desde la biología	110
Capítulo 3	
Entrada a tratamiento: adicción y perspectiva psicoanalítica	
3.1 Freud y la entrada a tratamiento	122
3.2 Lacan y la entrada a tratamiento	134
3.3 Entrada a tratamiento en adicciones y perspectiva psicoanalítica	145

Capítulo 4

Metodología

4.1 Elección de técnica de investigación	163
4.2 Características de los pacientes entrevistados y descripción del circuito de ‘entrevistas previas’	165
4.3 Selección de la muestra	176
4.4 El proceso seguido para el análisis de las entrevistas	178

Capítulo 5

Resultados y hallazgos

5.1 Presentación general de los resultados	181
5.2 Resultados del análisis de las entrevistas	184
5.2.1 La situación mental del sujeto previa a la ‘entrada’	184
5.2.1.1 La desorganización subjetiva	184
5.2.1.2 Relación de la desorganización subjetiva con el consumo de sustancias	189
5.2.1.3 La oscilación de las posiciones subjetivas como un elemento central de la situación mental previa al momento de la entrada	195
5.2.2 La decisión de entrar	204
5.2.3 La ‘entrada’	210
5.2.3.1 El efecto sobre el sujeto de la formulación de un diagnóstico	210
5.2.3.2 El ‘acuerdo’ que da por terminada la fase de ‘entrada’	216
5.2.4 El período de ‘evaluación’	225
5.2.4.1 La detención del consumo de sustancias	225
5.2.4.2 La reaparición del sujeto	237

Capítulo 6

Discusión y conclusiones

6.1	El fenómeno de la adicción y su entendimiento	243
6.1.1	La adicción como una nueva forma de organización	243
6.1.2	Los dos tiempos en el desarrollo de la adicción	256
6.1.3	La oscilación de la posición subjetiva en el relato de los pacientes: el intento de desmontaje de la estructura del sujeto	260
6.2	El abordaje terapéutico	273
6.2.1	Oscilación subjetiva, motivación a tratamiento e intervención de terceros	273
6.2.2	El mantenimiento del ámbito de la decisión	280
6.2.3	La ‘fijación’ de una posición	287
6.2.4	El período de evaluación, la ‘subjetivación’ y la detención del consumo	294
	Bibliografía	313

Introducción

Esta tesis surge a partir de las inquietudes, reflexiones y experiencias producidas en una práctica clínica de trece años en el tratamiento de pacientes que han desarrollado una adicción a sustancias químicas. Durante estos años de práctica, han sido dos los principales problemas generales planteados: i) cómo lograr un abordaje terapéutico que logre ser eficaz y eficiente en la resolución de la adicción a sustancias ii) en qué medida un abordaje terapéutico en este campo puede ser realizado desde una orientación psicoanalítica.

Estos dos problemas se presentan desde el primer contacto con el paciente y/o sus familiares. La forma de entrada al abordaje terapéutico definirá el lugar subjetivo en que quedarán tanto el sistema-paciente como el sistema-terapéutico y, por lo tanto, en esta fase inicial será donde se juegue gran parte de lo que será el proceso de tratamiento, así como sus resultados y su orientación terapéutica. Además, la entrada a tratamiento ha sido y es uno de los importantes temas que se discute en esta área de trabajo, tanto a nivel académico como profesional, por las dificultades particulares que presenta en este tipo de problemática. Por esta razón es que el estudio llevado a cabo se ha circunscrito a esta primera etapa de la intervención terapéutica, a partir de la cual se discutirá críticamente la posibilidad de realizarla desde una perspectiva psicoanalítica. Esta discusión implica el análisis del lugar que pueden tener elementos terapéuticos tradicionalmente asociados a otras corrientes psicológicas y psiquiátricas en este tipo de intervención, sin por eso perder la lógica y norte propios del psicoanálisis.

Los objetivos planteados para este trabajo son los siguientes:

a.- Investigar y discutir los elementos teóricos psicoanalíticos involucrados en la posibilidad de un abordaje clínico de pacientes que han desarrollada una adicción a sustancias químicas.

b.- Investigar y discutir los elementos de la técnica psicoanalítica involucrados en el abordaje clínico de pacientes con adicción a sustancias químicas, sus posibilidades, limitaciones y complementariedad con técnicas provenientes de otros universos teóricos.

c.- Analizar el tipo, forma y lógica de las intervenciones que se realizan en la fase de entrada a un proceso terapéutico de un tratamiento específico para pacientes con adicción a sustancias químicas que intenta seguir una lógica psicoanalítica.

d.- Discutir y elaborar ejes que orientan la acción terapéutica, desde una perspectiva psicoanalítica, en la fase de entrada e instalación de un tratamiento para pacientes con adicción a sustancias químicas.

El diseño de la investigación corresponde a los criterios utilizados por las investigaciones cualitativas, en que la ejecución y desarrollo se desprenden de los objetivos que orientan el proceso, siendo posible la revisión continua de los procedimientos durante el transcurso de la investigación.

La información a analizar y discutir proviene de:

- i) una selección de textos, que se ha considerado como los más atinentes al tema a investigar. Los autores revisados son Freud, autores psicoanalíticos posfreudianos, Lacan y otros autores de orientación lacaniana. También se han revisado textos de algunos autores de otras corrientes psicológicas como la cognitiva, sistémica, rogeriana, comunidades terapéuticas e investigaciones sobre las bases neurofisiológicas involucradas en el fenómeno de la adicción
- ii) un análisis del discurso sobre la experiencia vivida por pacientes que formaron parte del proceso de entrada al proceso terapéutico del programa de tratamiento de adicciones de la EPUC del Centro de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín. Para esto se utilizarán técnicas de la metodología cualitativa, en particular la entrevista en profundidad. Se realizará un análisis de contenido interpretativo. Se ha realizado una selección de los sujetos a ser entrevistados

intentando que representen la mayor amplitud de experiencias posible dentro del proceso a ser investigado

- iii) la experiencia del propio autor de la tesis, de trece años trabajando en la atención directa individual y grupal de pacientes con adicción, así como en la dirección y supervisión de equipos de trabajo clínico en el tema.

El aporte esperado de esta tesis es el desarrollo de elementos conceptuales y técnicos que permitan pensar en un abordaje psicoanalítico de los pacientes que han desarrollado una adicción, tanto en relación a sus posibilidades como a sus limitaciones. Esto se enmarca en la búsqueda general actual, desde diversas perspectivas, de formas terapéuticas que logren dar respuesta a esta patología de alta prevalencia que se ha convertido en una problemática social compleja. Desde la perspectiva psicoanalítica sería importante poder reunir la eficiencia y eficacia a una visión crítica de los propios objetivos y principios terapéuticos frente a este problema de salud mental.

Por otra parte, la masiva presencia de esta patología conlleva la necesidad urgente, desde el psicoanálisis, de una definición del rol de sus medios terapéuticos al momento de encontrarse con este tipo de pacientes tanto en el ámbito público como en el privado. La falta de claridad en este sentido puede llevar a errores u omisiones que muchas veces marcan la diferencia entre resultados que pueden conducir a calidades de vida muy distintas para los pacientes involucrados en el proceso de tratamiento, tanto individual como familiarmente, y en no pocos casos pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. También es de relevancia el aporte que se puede realizar desde una reflexión psicoanalítica a la ética involucrada en procesos de recuperación de la adicción, especialmente debido a la gran presencia de grupos de autoayuda en este campo en los cuales las ideologías que rigen la recuperación quedan muchas veces implícitas y sin posibilidad de ser revisadas críticamente.

Junto a lo anterior, es de importancia la posibilidad de, a nivel técnico y conceptual, tender puentes entre la visión psicoanalítica y otras perspectivas teóricas y técnicas de la

psicología, de manera de lograr un eventual enriquecimiento en los medios de intervención en la medida que se logra una flexibilidad técnica avalada por una consistencia teórica que permita distinguir lo esencial de lo periférico. El lograr estos puentes es parte relevante de la discusión que se pretende llevar a cabo en este estudio y que espera concluir en un destacar los elementos y orientaciones relevantes a seguir en el trabajo clínico de las adicciones, especialmente en la fase de entrada a tratamiento, que en gran medida determina la lógica y ética que regirán el resto del proceso terapéutico. En este sentido, es de gran importancia el poder leer y entender los planteamientos y análisis aquí realizados desde la intención de desarrollar una perspectiva ‘puente’ que ayude a utilizar las diversas herramientas técnicas disponibles en el marco de una consistencia lógica y conceptual. Finalmente, es posible sugerir que el entendimiento de las dinámicas involucradas en el caso de pacientes que han desarrollado una adicción puede facilitar la comprensión de los procesos involucrados en otros tipos de patologías que han surgido en las últimas décadas, para los cuales los abordajes tradicionales parecen no poder dar una respuesta suficientemente satisfactoria.

Capítulo 1: Definiciones y contextualizaciones iniciales

1.1 Contexto actual del consumo de drogas y/o alcohol

1.1.1 Situación Mundial del Consumo de Sustancias

Según el Informe Mundial, realizado el año 2005 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (ONU, 2005), unos 200 millones de personas, lo que corresponde aproximadamente a un 5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad, ha consumido drogas por lo menos una vez en los 12 últimos meses. Este 5% corresponde a la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en el último año, que si es comparado con las mismas cifras del año anterior, indica que hubo 15 millones de personas más que consumieron drogas. Sin embargo, según este informe, esta cifra sigue siendo considerablemente inferior al número de personas que consumen sustancias psicoactivas lícitas, ya que aproximadamente el 30% de la población adulta general fuma tabaco y aproximadamente el 50% de dicha población consume alcohol.

En cuanto al consumo de la población mundial concerniente a cada sustancia en particular, se obtienen los siguientes resultados (ONU, 2005):

El uso del cannabis en todo el mundo se acerca a 160 millones de personas, lo que corresponde al 4% de la población de 15 a 64 años de edad. La estimación del consumo de anfetaminas alcanza los 26 millones de personas, y para el éxtasis llega a 8 millones de consumidores. El consumo de opiáceos se expandiría a 16 millones de personas, dentro de los cuáles 11 millones hacen uso de heroína. El número de consumidores de cocaína, llega casi a los 14 millones de personas.

Estimaciones del uso indebido de drogas para 2003/2004 (Prevalencia Anual)

	Todas las drogas ilícitas	Cannabis	Estimulantes de tipo		Cocaína	Opiáceos	De los cuales consumen heroína
			Anfetaminas	Éxtasis			
Millones de Personas	200	160,9	26,2	7,9	13,7	15,9	10,6
% de la población de 15 a 64 años de edad	5,0%	4,0%	0,6%	0,2%	0,3%	0,4%	0,23%

Fuentes ONUDC, extraído de Informe Mundial ONU, 2005

Solicitud de Tratamiento

Es interesante cómo en los distintos continentes serán distintas sustancias las que lleven a pedir ayuda. Así, en Europa y Asia los opiáceos son la principal droga problemática, representando el 62% de todas las solicitudes de tratamiento en el año 2003. En América del Sur, las solicitudes de tratamiento relacionadas con drogas siguieron estando vinculadas principalmente al uso indebido de cocaína, el cuál representaba un 59% de todas las solicitudes de tratamiento. Diferente también es el caso de África, donde el 64% de las solicitudes de tratamiento están relacionadas con el cannabis.

Alcanzando un punto donde la situación mundial da señales de globalización del mercado de sustancias, se observa (ONU, 2005) que el cannabis ha dado origen a un incremento de las solicitudes de tratamiento en América del Norte, Oceanía, Europa, África y América del Sur, desde finales de la década de los noventa a la fecha. Es esta sustancia, especialmente la hierba de cannabis, la que ha experimentado el mayor aumento durante los últimos años.

La cocaína ha disminuido en el número total de solicitudes de tratamiento en América del Norte y ha aumentado en Europa. Los opiáceos han disminuido en cuanto al número de solicitudes de tratamiento en la región de Oceanía, como consecuencia de la escasez de heroína en Australia en 2001. Finalmente, tanto el éxtasis como las anfetaminas han aumentado el número de solicitudes de tratamiento en Asia, Europa, América del Norte y África.

Economía y Negocios

Según el informe ONU (2005), los problemas de la dependencia de sustancias conllevan un alto costo para las sociedades. Este costo no es único, y se refleja en pérdida de productividad, transmisión de enfermedades infecciosas, trastornos familiares y sociales, delincuencia y una excesiva utilización de los servicios de salud. A modo de ejemplo, el costo total calculado en los Estados Unidos asociado al abuso de drogas en el año 2002 ascendió aproximadamente a 180.800 millones de dólares (Lewis Group, 2002). Los costos incluyen tratamiento, prevención, atención médica, reducción de la productividad en el trabajo, costos asociados a delitos y beneficencia social. Los gobiernos asumirían aproximadamente el 46% de este costo y el resto recaería directamente sobre los propios consumidores y sus familias (NIDA, 2006).

Dados los altos costos asociados, los programas de tratamiento pueden ser evaluados desde una perspectiva económica. Estudios realizados en EEUU (NIDA, 2006), han mostrado que dejar un toxicómano sin tratar en la comunidad cuesta aproximadamente \$3.600 dólares mensuales, y el costo del encarcelamiento es de aproximadamente \$3.300 mensuales. El ingreso a un programa de tratamiento puede reducir de forma importante estas cifras.

Consumo de Alcohol

La Organización Mundial de la Salud (2006), estima que hay cerca de 2 billones de consumidores de alcohol en todo el mundo, y que son 76,3 millones de personas las que tendrían problemas relacionados a su uso. Según la OMS (2006), en el año 2000 el consumo de alcohol era responsable del 4,0% de la carga mundial de morbilidad. En este sentido, en los países desarrollados, son atribuibles al alcohol el 9,2% de los años de vida que se pierden ajustados en función de la discapacidad (AVAD), consecuencia básicamente de trastornos neuropsiquiátricos y de traumatismos no intencionales. Para la Organización Mundial de la Salud (2006), el consumo de alcohol contribuye más que cualquier otro factor de riesgo a las enfermedades, traumatismos, discapacidades y muertes prematuras en

los países en desarrollo con baja mortalidad, donde es responsable de un 6,2% de los AVAD perdidos.

A escala mundial, la OMS (2006) estima que el alcohol ha causado 1,8 millones de muertes, lo que equivale a un 3,2% del total de fallecimientos registrados en el año 2000. Además, según la OMS (2006), el consumo de alcohol lidera dentro de los factores de riesgo de enfermedad en los países de baja mortalidad, y es el tercer factor de riesgo en los países desarrollados. Sólo en Europa, el consumo de alcohol fue responsable de más de 55.000 muertes de jóvenes entre 15 y 29 años de edad, en el año 1999.

La OMS (2006), señala que la prevalencia de trastornos causados por el consumo de alcohol es muy variable según la región del mundo de que se trate. Sólo a modo de ejemplo, se menciona que en el año 2000 llegaba a alrededor de un 10% en hombres adultos de América del Norte y algunas zonas de Europa oriental.

En cuanto a los patrones y características del consumo, para la OMS (2006) los hombres consumen más alcohol y se exceden más en la bebida que las mujeres, aunque señala que los hábitos masculinos y femeninos tienden a converger en muchos países industrializados. Sin embargo, para la OMS los hombres tienen más problemas relacionados con el alcohol, mientras que las mujeres sufrirían las consecuencias del consumo masculino.

1.1.2 Consumo de Sustancias en Chile

CONACE, el año 2004, presentó el *Sexto Estudio de Drogas en Población General de Chile*. Según este informe (CONACE, 2004a), el uso de drogas se ha estabilizado en los últimos años, después de haber aumentado sostenidamente en los años noventa.

El consumo de drogas en Chile se concentra en la población de 12 a 34 años de edad. En este grupo las *prevalencias* más altas y la mayor intensidad en el uso de drogas se registra en los jóvenes de 19 a 25 años (medición anual). En este grupo el uso de cualquier droga ilícita alcanzó un 16% en el 2004.

Drogas Ilícitas

En cuanto a la población general, el uso de cualquier droga ilícita, sea esta marihuana, pasta base, o cocaína, alcanzó un 5,8%, lo que equivale a 505 mil personas. Se señala (CONACE, 2004a), que la droga ilícita de mayor consumo en nuestro país sigue siendo la marihuana, aumentando la participación femenina en el consumo de ésta, llegando a un 2,9%. No obstante, la proporción indica que por cada 3 hombres hay una mujer que consume marihuana. La prevalencia del consumo de marihuana en hombres se mantiene estable alrededor del 8,8% entre los años 2002 y 2004.

Según el informe ya mencionado, para el caso de las principales drogas ilícitas, el grupo de los jóvenes aparece con las mayores declaraciones de consumo. De esta forma, mientras que en la población general de 12 a 64 años la prevalencia de último año de marihuana es de 5,29%, entre los jóvenes asciende a un 15,05%. Estas diferencias se repiten tanto para cocaína como para pasta base. Es así como la prevalencia año de cocaína alcanza a un 3,6% entre los jóvenes, contra 1,3% para la población de 12 a 64 años, mientras que la prevalencia año de pasta base es de 1,4% entre los jóvenes y de 0,6% en la población de 12 a 64 años (CONACE, 2004a).

Comparando el consumo por sexos (CONACE, 2004a), se tiene que en el caso de la marihuana los hombres duplican a las mujeres con prevalencias de 20,4% y 8,6% respectivamente. En la declaración de consumo de pasta base se observa una razón de 4:1 con prevalencias de 2,2% en los hombres y 0,5% en mujeres; mientras que en cocaína la razón observada es de 5:1, con prevalencias de 5,6% en hombres y 1,1% en mujeres.

Consumo de Drogas Ilícitas Según Nivel de Ingresos

Según el Informe CONACE (2004a), la mayor declaración de consumo de marihuana se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos chilenos, es decir, en el grupo de mayores ingresos, con una tasa de 9,2%.

Asimismo, el mayor consumo de cocaína se registra entre personas de familias de mayores ingresos, de más de 1 millón de pesos, con tasas de consumo de 2,1%. La pasta base, en cambio, se consume mayoritariamente entre las personas de familias con más bajos ingresos, con una tasa de 0,8% entre individuos con ingresos familiares de 200 mil pesos hacia abajo.

Drogas: Economía y Negocios en Chile

Según el estudio CONACE (2004a), para poder satisfacer la demanda estimada, se estima que en el país circularon al menos 10,2 toneladas de marihuana en el año. Esto convierte al tráfico ilegal de marihuana en un millonario negocio, teniendo en cuenta que en promedio los consumidores gastan en proveerse unos \$ 10.731 al mes. Al extrapolar estos datos, se obtiene que el gasto anual de marihuana por parte de los consumidores corresponde a 30 mil millones de pesos chilenos.

En el caso de la pasta base, se estima que a lo menos circuló en el país 0,8 toneladas, para satisfacer la demanda considerada por el estudio (CONACE, 2004a). Según lo reportado por los consumidores de pasta base, estos gastan en promedio \$23.581 al mes, lo que extrapolado al consumo anual, corresponde a 7 mil millones de pesos chilenos.

En relación a la cocaína, se calcula que en el país circularon ilegalmente al menos 1,9 toneladas de cocaína para satisfacer la demanda estimada por el estudio. Se estima que los consumidores actuales de cocaína gastan en promedio \$24.713 al mes en proveerse de la sustancia. Y al extrapolar al gasto anual, se obtiene un total de 12 mil millones de pesos.

Es decir, considerando la marihuana, pasta base y cocaína, el gasto total estimado sólo para su consumo, es de alrededor de \$ 50.000 millones de pesos

Consumo de Alcohol

La declaración de consumo de alcohol en la población general (entre 12 y 64 años), de acuerdo a la prevalencia de último mes, alcanza a 56,8% en 2004 (CONACE, 2004a). En el caso de los jóvenes, los hombres presentan una prevalencia mes de 75%, en tanto que las mujeres presentan una prevalencia mes de 55,7%.

El 6,4% (unas 320 mil personas) de quienes declaran haber consumido alcohol en los últimos 30 días, reconocen que a causa del alcohol se han expuesto a daños en su integridad física, como estar a punto de chocar en auto o tener algún otro tipo de accidente. El 3,5% de los encuestados que usó alcohol el último mes (unas 175 mil personas) declara que ha hecho algo bajo los efectos del alcohol que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley. El 1,4% de quienes declararon haber usado alcohol el último mes (unas 69 mil personas) declara que ha sufrido algún accidente de tránsito o algún accidente laboral o doméstico, que directa o indirectamente pueda haberse debido al uso de alcohol. El 4,8% de los encuestados que bebió alcohol en el último mes (cerca de 240 mil personas) reconoce que se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos del alcohol.

Según la OPS, en Chile, el alcoholismo es más frecuente en los hombres y entre los que están cesantes o sólo disponen de un empleo ocasional. Constituye la octava causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA: 53.498, con 3,02%). El alcoholismo se asocia con 38% de los egresos hospitalarios. Es responsable de 4,5% de los egresos hospitalarios, de 7% de las muertes como causa principal y de 25% de las muertes como causa asociada. Se encuentra una alcoholemia positiva en 48,6% de los homicidios, 38,6% de los suicidios y 50% de los accidentes de tráfico con vehículos de motor.

Por otra parte, es de suma importancia mencionar que gran parte de los usuarios de drogas ilícitas son “policonsumidores”, es decir, usan dos, tres o más drogas según sea la disponibilidad de las mismas o los efectos buscados, siendo el alcohol una de las sustancias usadas por la gran mayoría de los consumidores de cualquier otra droga.

Consumo de Alcohol Según el Nivel de Ingresos

En cuanto al consumo de alcohol y al nivel de ingresos, la mayor declaración de consumo de alcohol se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos, es decir, en el grupo de mayores ingresos, con una tasa de 72%. Ésta tasa de alcohol es casi 21 puntos porcentuales más alta que la de personas cuyas familias tienen los más bajos ingresos, con tasas de 51% (CONACE, 2004a).

Evolución del consumo de sustancias en los últimos diez años

El consumo de drogas y alcohol en Chile, según la medida prevalencia/mes, ha sufrido un incremento entre los años 1994 y 2000, para tender a estabilizarse en los últimos cuatro años, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Prevalencia/Mes de consumo de las diferentes sustancias:

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Alcohol	38,86	46,82	51,93	53,48	58,64	56,8
Marihuana	1,67	1,15	1,92	2,75	2,74	2,69
Cocaína/ P.base	0,58	0,44	0,75	0,88	0,81	0,76

Adicción y consumo problemático de sustancia químicas

Desde el año 2002, las encuestas realizadas por CONACE incluyen preguntas que apuntan a poder identificar patrones de consumo, entre ellos la adicción o dependencia. Para ello se aplicaron las preguntas de medición de dependencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10), a todos los que declararon haber usado alcohol en el último mes (prevalentes mes o consumidores actuales de alcohol), y a todos los que consumieron sustancias ilícitas el último año (prevalentes año).

Según los datos del año 2004, se puede estimar que un 7,16% de la población representada, entre 12 y 64 años presenta una dependencia al alcohol. En cifras esto equivaldría a 624.000 personas. En relación a las drogas ilícitas, un 1,3% de la población representada habría desarrollado una dependencia a la marihuana, lo que equivale a 113.000 personas; y un 0,77% presentaría una adicción a cocaína o pasta base, equivaliendo a 67.100 personas. No hay datos en relación a otras sustancias.

En relación al abuso de sustancias, sólo hay datos sobre el abuso de alcohol. Según los datos del estudio del año 2002 referido a la población general entre 12 y 64 años, se estima que un 8,8% de la población representada abusaría del alcohol.

Dependencia y abuso de sustancias en porcentaje respecto a población entre 12 y 64 años:

	Dependencia	Abuso
Alcohol	7,16 %	8,8 %
Marihuana	1,3 %	
Cocaína/Pasta base	0,77 %	

Estos datos son sólo aproximados, ya que fueron obtenidos en un contexto de entrevista que no ofrece las mejores condiciones para obtener una información que permita un diagnóstico de los patrones de consumo. Además, no incluye otras sustancias que pueden ser de importancia en términos de prevalencia como las anfetaminas y los tranquilizantes. Sin embargo, de todas formas se puede apreciar que el porcentaje de la población que tiene problemas de dependencia o abuso de sustancias es suficientemente grande, probablemente un poco mayor al 10%, como para concluir que se trata de un problema de gran relevancia nacional.

A nivel mundial y nacional los datos muestran una masificación del consumo de sustancias químicas en las últimas décadas, con una parte importante de la población presentando una situación de adicción a ellas. Este fenómeno se ha intentado comprender desde distintos puntos de vista. Algunos de los planteamientos realizados tienen relación

con la forma de organización social y económica que estaría influyendo en la aparición de nuevas formas de subjetividad que, entre otras cosas, facilitan el recurrir al consumo de sustancias químicas.

1.2 El contexto de la posmodernidad

1.2.1 Emergencia de nuevas formas de interrelación: la posmodernidad y la economía de mercado

Al momento de reflexionar sobre las condiciones que nos sirven de contexto a nivel del funcionamiento social, cultural y económico, se ha planteado la posibilidad de distinguir una etapa actual que tendría características distintas y particulares que serían imprescindibles de tener en cuenta al momento de pensar acerca de la salud y la patología mental. Se habría llegado a una etapa crítica de lo que se ha llamado ‘la modernidad’. Diversos historiadores sitúan el comienzo de esta etapa histórica en el Renacimiento europeo. Se caracterizaría por la promoción del rescate de un saber oscurecido por la Edad Media, y postularía una subjetividad creadora, liberada de ataduras religiosas, asociada al desarrollo incipiente de la ciencia. Este movimiento tendría un apogeo en el siglo XVIII, siglo de la Ilustración, que habría dado lugar a los enunciados modernos esenciales, los cuales se habrían ido expandiendo hasta lograr una hegemonía en el siglo XX (Rojas & Sternbach, 1997). La modernidad estaría marcada por las connotaciones de la era de la ilustración, caracterizada por instituciones como el Estado-Nación, y los aparatos administrativos modernos. Tendría al menos dos rasgos fundamentales enfatizados por distintos teóricos. Giddens y Habermas proponen que uno de ellos sería la autorreflexividad, aludiendo a que la modernidad es ese primer momento en la historia donde el conocimiento teórico, el conocimiento experto, se retroalimenta sobre la sociedad para transformar, tanto a la sociedad como al conocimiento. Con la era de la información esto llega a un nivel supersofisticado. Las sociedades modernas, distinguiéndolas de las tradicionales, serían aquellas constituidas y construidas, esencialmente, a partir de conocimiento teórico o conocimiento experto. La segunda característica de la

modernidad formulada por Giddens es la descontextualización, que es el despegar, arrancar la vida local de su contexto, y que la vida local sea cada vez más producida por lo translocal (Escobar, 2002). Esta modernidad contaba en sus cimientos con el conocimiento derivado de una ciencia prometedora del acceso a un conocimiento total, capaz de desafiar la imaginación con su capacidad de desarrollo tecnológico, y, por otro lado, con el paulatino desenvolvimiento de un ordenamiento económico en torno al desarrollo del capitalismo como modo de producción.

La modernidad nace asociada a una posibilidad de crítica de lo anterior. Sin embargo, sería este mismo espíritu crítico el que se volvería contra ella misma. Ya desde el siglo XIX, diversos pensadores denunciarían los daños de la ideología moderna, siendo Nietzsche uno de los más radicales. Freud, con su cuestionamiento de la noción del yo y la conciencia como ejes centrales de la psique produciría un replanteamiento radical del ideal del hombre como ser racional. Más adelante, la Escuela de Frankfurt, pondría en primer plano lo antinómica que podía ser la modernidad respecto a la idea de progreso del bienestar, a partir de la reflexión en torno a los procesos de alienación engendrados por las sociedades modernas. Uno de los exponentes de este movimiento es Michel Foucault. La época actual, entonces, se ha planteado como una época de crisis, en diversos ámbitos, crisis de los ejes que regían la modernidad.

Esta crisis de la modernidad ha hecho plantear a muchos autores el que se estaría entrando en una nueva etapa del desarrollo histórico-social. Algunos han planteado una modernidad tardía, o lo que se ha llamado una “modernidad radicalizada” (Giddens, 1999), y otros han adoptado el concepto de ‘posmodernidad’. Sería Jameson, en 1982 en su artículo *Postmodernism – the Cultural logia of Late Capitalism*, quien desarrollara un concepto de posmodernidad que unifica movimientos producidos inicialmente en las artes y la arquitectura. Jameson plantea la posmodernidad como compuesta por cinco elementos principales (Anderson, 2000):

- a) el anclaje de lo posmoderno en las alteraciones objetivas del orden económico capitalista, con lo que deja de ser una mera ruptura estética o epistemológica.

- b) El efecto del cambio a nivel de las relaciones económicas en la psique, constituyéndose lo que se ha llamado ‘sensibilidad posmoderna’. En los años sesenta se habría producido una ruptura con las envolturas tradicionales de la identidad por la disolución de las restricciones de las costumbres y, luego de las derrotas políticas de los setenta, se habrían depurado todos los residuos radicales. Algunas características de la nueva subjetividad serían la pérdida de todo sentido activo de la historia, sea como esperanza o como memoria; también habría un predominio del espacio, la unificación electrónica de la Tierra, sobre el tiempo; se habría producido una mengua del afecto con la resultante de una falta de profundidad del sujeto; la vida psíquica se volvería accidentada y espasmódica marcada por repentinos descensos y cambios bruscos de humor, haciendo imposible la catexis y la historicidad. Así, las polaridades típicas del sujeto variarían entre el júbilo del ‘asalto a la mercancía’, los ratos de embriaguez eufórica del espectador o consumidor, y el abatimiento al fondo ‘del vacío nihilista más profundo de nuestro ser’.
- c) Una ampliación del alcance de la indagación cultural, con la cual se habría comenzado a perder los límites entre disciplinas anteriormente rigurosamente separadas como la historia del arte, la crítica literaria, la sociología, las ciencias políticas y la historia. Comienzan a aparecer estudios transversales que ya no se pueden asignar a un dominio u otro. Lo que reemplaza las viejas divisiones entre las disciplinas era un nuevo fenómeno discursivo, designado por su abreviatura norteamericana “theory”.
- d) Un debilitamiento de las tradicionales formaciones de clase, mientras se multiplican las identidades segmentadas y los grupos locales, basados en diferencias étnicas o sexuales.
- e) Una hegemonía en los patrones de consumo y de producción a través de un omnipresente mecanismo de regulación: el mercado.

Desde este punto de vista, entonces, un eje central sobre el que se fundamenta esta nueva ‘sensibilidad’, sería las formas de interrelación marcadas por los supuestos asociados al funcionamiento de una economía de mercado que se hace cada vez más presente en todo

tipo de situaciones cotidianas. Otros autores desarrollarán nociones a partir de esto. Así, por ejemplo, Lipovetsky (1986) planteará una sociedad posmoderna marcada por el fenómeno de la seducción como un proceso general que tiende a regular tanto el consumo como las organizaciones, la información, la educación y las costumbres. Esta seducción operaría a través de una oferta infinita, abierta y plural, que promete tomar en cuenta los deseos de los individuos y aumentar la libertad combinatoria, sin imperativo categórico. Baudrillard (1996), por su parte, señalará que la modernidad ha buscado la liberación de los hombres y de las energías reales, enfocadas hacia una transformación objetiva del mundo. Sin embargo, se habría llegado a un momento en que la realidad ha llegado a su colmo, habiéndose producido un exceso de realidad que deja a los sujetos mucho más ansiosos y desconcertados que el defecto de realidad que se podía compensar con la utopía y lo imaginario.

La economía de mercado, basándose en las nociones como las de ‘libertad’, ‘iniciativa’, ‘racionalidad’, ‘utilidad’, intenta solucionar los problemas de la organización de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios a través del libre intercambio de estos bienes y servicios entre los seres humanos (Fontaine, 1995), siguiendo la idea de la “mano invisible” de Adam Smith en su libro *La riqueza de las naciones* (1776), en el cual reconoce un orden en el funcionamiento del sistema económico. El supuesto es que en la medida que se deja a los agentes actuar espontáneamente, se producirá una conducta económica que permitirá que esa sociedad produzca y distribuya los bienes y servicios más importantes para ella, y lo haga de la forma más eficiente posible. Ya que cada uno de los agentes económicos intenta ‘maximizar su utilidad’, se irá produciendo una toma de decisiones que permitirá coordinar y organizar del modo más eficiente la economía. La participación del Estado se hace necesaria para lograr solucionar diversos problemas que surgen desde este tipo de organización, velando por la eficiencia, la equidad y la estabilidad (Nordhaus & Samuelson, 1986), más allá que pueda haber divergencias en el grado y forma de esta participación. Esto lleva a que a este tipo de organización se le llame también “mixta” a pesar de tener como eje central la lógica del libre funcionamiento de la oferta y la demanda para la interrelación económica.

Desde el punto de vista de la microeconomía, que se ocupa del cómo se determinan los precios y cómo se decide sobre la producción de los diversos bienes y servicios, los conceptos económicos generales pueden llevarse al plano de interacciones más cotidianas. Al analizar, por ejemplo, el establecimiento de la curva de demanda, se trabaja con nociones como las de ‘excedente del consumidor’ o ‘curvas de indiferencia’ que operan implícitamente con una noción de ‘utilidad’ subjetiva. Desde el comportamiento económico individual, lo observable es una ‘disposición a pagar’ en relación a los diversos bienes y servicios, por parte del consumidor. A partir de esta conducta observable, se hace el supuesto que en la gran mayoría de las personas esta disposición a pagar estará reflejando la obtención de un determinado monto de unidades de utilidad subjetiva de parte del consumidor. Esto hará que la disposición a pagar por el conjunto de bienes y servicios a su alcance, dado su nivel de ingreso, tenga una estructura que lo lleve a maximizar esta ‘utilidad’ que obtiene del consumo de ellos: “En efecto, la teoría del consumidor sostiene que las personas distribuyen su ingreso dado de una manera tal que hace máximo ALGO que poseen en común todos los bienes y servicios de consumo final. Llamemos a ese algo, R.”(Fontaine, 1995, p.133). Lo interesante aquí es esta equivalencia entre disposición a pagar y utilidad subjetiva. Son los análisis basados en ella los que permiten definir como ‘mejores’ o ‘peores’ a las diversas situaciones desde un punto de vista económico, posibilitando la toma de decisiones. A pesar de la relevancia del asumir, o no asumir, esta equivalencia, los economistas, reconociendo la dificultad del tema, muchas veces prefieren no entrar en el problema y plantearse como ajeno a su disciplina: “Desafortunadamente, los economistas han dado el nombre de *utilidad* al concepto de R que hemos estado usando más arriba [...] Digo que esto ha sido desafortunado porque se pierde y se ha perdido mucho tiempo discutiendo sobre el concepto de utilidad, relacionándolo inútilmente con nociones tales como satisfacción, deseo, gustos, etc. No sabemos qué es utilidad, no sabemos cómo medirla y...no nos interesa saberlo [...] El concepto de utilidad se refiere a ALGO deseable que poseen en común los bienes, nada más y nada menos.”(Fontaine, 1995, p. 135).

El razonamiento, entonces, nos dice que si un consumidor está dispuesto a pagar más por el bien A que por el bien B, es porque le reporta mayor utilidad subjetiva. Si el bien A es,

en conjunto, mayor reportador de 'utilidad', las personas lo demandarán en medida mayor que otros, lo que finalmente llevará a que la sociedad en su conjunto también lo produzca en mayor cantidad. Este sería un mecanismo semejante a una democracia ponderada en lo relativo a lo económico, ya que a través de la disposición a pagar se "vota" (Nordhaus & Samuelson, 1986) por la producción de tal o cual bien o servicio. Esta equivalencia entre disposición a pagar y utilidad subjetiva, es la que sirve de base a toda la secuencia lógica posterior, ya que apunta al núcleo del supuesto de racionalidad del agente económico. Es necesario enfatizar que esta lógica se aplica no sólo a los bienes y servicios transados entre privados, sino que también está a la base de los razonamientos económicos relacionados con la actividad del Estado y la evaluación social de los proyectos. De lo que se trata es de una lógica que guía el razonamiento, más allá de los intereses de grupos específicos que pudieran estar en juego en una u otra decisión. La penetración en las interacciones cotidianas de esta lógica es cada vez mayor, y sus efectos son insospechados. Desde el punto de vista de la administración, se hace cada vez mayor la voluntad de ligar cada acción con la obtención de un producto (sea esta la recolección de semillas, o la publicación de 'papers' científicos o académicos) posible de asociarle un valor traducible finalmente a dinero. Desde el punto de vista de la oferta, el énfasis colocado en la producción y publicidad de los bienes y servicios capaces de seducir al consumidor pasa a ocupar una parte del espacio en los medios de comunicación, apuntando en sus métodos mucho más a la irracionalidad del consumidor, que a la supuesta racionalidad del agente. Desde el punto de vista de la demanda, cada vez se asienta más el supuesto que propone al consumo como la vía privilegiada para obtener más 'R'. Todo esto en un contexto de desarrollo material que objetivamente permite a la gran mayoría de la población acceder a condiciones de vida que se pueden considerar mejores.

Este desarrollo del capitalismo, plasmado en la idea del libre mercado y asociado a la fantasía de lograr un aumento de 'R' a través del incremento de la capacidad de consumo, está inextricablemente ligado al desarrollo de un conocimiento científico que hace pensar en la posibilidad del desarrollo de un saber completo, que con el tiempo logrará descifrar todos los misterios del universo, tanto humanos como no humanos. Desde un punto de

vista del psicoanálisis, podría decirse que ambos elementos se unen, en las últimas décadas, para crear la fantasía de una posible ‘sutura subjetiva’ a través de la adquisición de objetos satisfactorios, desarrollados gracias al conocimiento científico, consumo de objetos que intentaría dar respuesta al problema de la verdad: “Ligada intrínsecamente al modo de producción capitalista, la técnica está entregada a la producción desenfrenada de objetos destinados al mercado, tras ser concebidos a la sombra de la ciencia. El desenfreno científico-técnico padece la ilusión, por estructura inevitable, de que la verdad formal, la verdad de la escritura científica y el cálculo, agota el problema de la verdad; nada se sustrae a sus determinaciones” (Alemán, 2000, pp. 48-49).

Tenemos, entonces, en esta época posmoderna, una subjetividad atravesada por un contexto cultural particular, en el cual los supuestos racionalistas son llevados a su máxima expresión tanto en la ciencia como en la economía, lo que paradójicamente se acompaña de un comportamiento parcialmente irracional en la relación con los bienes de consumo, promovido desde la misma dinámica y teoría del desarrollo económico. Esto conduce a un sinnúmero de contradicciones como, por ejemplo, la promulgación de un individualismo a ultranza junto a tendencia a la masificación del consumo, lográndose crear una ilusión de personalización a través de pequeñas diferencias entre los objetos ofrecidos. Es así como es muy probable que, en parte, la defensa de la tolerancia a las pequeñas diferencias pueda entenderse como una mera ceguera frente a las grandes diferencias que pudieran marcar formas distintas de vincularse. El fomento a la tolerancia de las diferencias también es necesario pensarlo desde la necesidad comercial de ‘segmentar’ los mercados de manera de encontrar nuevas oportunidades de negocio.

El problema acerca de la verdad queda reducido al cálculo, la objetividad y la forma de ‘satisfacer’ las necesidades. Junto a esto surge la caída de los ideales de la modernidad los que, cuestionables o no, habían servido de cauce al desarrollo subjetivo. Así, el camino queda libre a la connivencia entre mercado y ciencia. Es decir, con la posmodernidad y la caída de los antiguos ideales, estas parecen ser las únicas significaciones válidas, lo que deja un vacío de significación que provoca la impresión de una pérdida de dirección del sistema completo. Esta pérdida de significación no puede ser

sin consecuencias para la subjetividad y por lo tanto, para los modos que adquiere el sufrimiento. Miller plantea incluso la posibilidad de que se esté produciendo un cambio en nuestra relación con la realidad misma, y no tan sólo con la verdad: “Cabe agregar que la ciencia – ya que debemos darle un lugar -, el saber científico puesto a trabajar por el sujeto liberal, está en vías de modificar la realidad natural del mundo en su trasfondo [...] a partir del saber científico se presenta una volatilización de lo real [...] este sujeto liberal acoplado a *a* está a punto de cambiar lo real, cosa que nunca ocurrió cuando imperaba el discurso del amo, en la época en que había amos y esclavos” (Miller, 2000, p.309). También Baudrillard, en un planteamiento que antecede a su formulación del estar “colmados” de realidad, plantea un cuestionamiento en torno a la relación con lo real en la actualidad, diciendo que “...más allá de un cierto momento preciso del tiempo, la historia ya no ha sido real. Sin percibirse de ello, la totalidad del género humano habría abandonado de repente la realidad. Todo lo que habría ocurrido a partir de entonces ya no sería del todo real, pero nosotros no podríamos entenderlo” (Baudrillard, 1991, p.12). Por otra parte, desde una perspectiva de la caída del Otro, se plantea que “nuestra época ve inscribirse en su horizonte (mejor el horizonte que muro) la sentencia de que no hay más que semblante. En efecto, la época actual está atrapada en el movimiento en continua aceleración de una desmaterialización vertiginosa que coronará de angustia la cuestión de lo real. Se trata de una época en la que el ser, o más bien el sentido de lo real, se volvió un interrogante” (Miller, 2005, p.11)

1.2.2 Cambios en la forma que adopta la psicopatología

En este contexto es que surge con fuerza la pregunta por las formas que asume la subjetividad en esta etapa, por sus determinaciones, sus posibilidades y sus riesgos. Desde una perspectiva clínica aparecen nuevas formas del sufrimiento humano que requieren ser comprendidas y que desafían los abordajes tradicionalmente usados. Esto obliga a pensar la actividad clínica en un contexto determinado, contexto que provoca consecuencias subjetivas con características particulares, visibles en el día a día de la práctica. Coloca frente al desafío de lograr nuevas formas de abordaje que permitan reintroducir el tema de la verdad y el sentido, más allá de las certezas de la verdad

científica. En particular, coloca al psicoanálisis frente al cuestionamiento acerca de las estrategias posibles para hacer frente a esta nueva realidad clínica: “Pero también está, por supuesto, la civilización en singular, el *hegemón* (de hegemonía) científico y capitalista, cuya influencia totalitaria hoy se volvió patente, y que llamamos aquí, en nuestra comarca, globalización. Esta globalización arrastra, atraviesa, agrieta y quizás incluso ya fusiona las civilizaciones. En este malestar o vértigo global, el psicoanálisis tiene su lugar, ya que sufre los efectos cotidianos en su práctica” (Miller, 2005, pp.13-14).

Ya Freud planteaba que “desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social” (Freud, 1921, p.67). Además de un gran número de escritos relacionados con el tema de los grupos sociales, la cultura, la religión, etc., el llamado “complejo nuclear de la neurosis”, el Complejo de Edipo, es un concepto que propone el desarrollo como atravesado por una encrucijada relacional, con una historia en lo social. Es decir, ya en Freud lo ‘intrapésico’ no es posible concebirlo si no es anclado en una estructura social. Freud plantea dos formas de transmisión de experiencias vividas a nivel social, de generación en generación. Una de ellas es a través de lo que llama “fantasías primordiales”, que considera un patrimonio filogenético. A través de estas fantasías, el individuo rebasa su vivenciar propio hacia el vivenciar de la prehistoria, en los puntos en que el primero ha sido demasiado rudimentario, incluyendo dentro de éstas, de forma especial, a la observación del comercio sexual de los padres, la seducción y la castración (Freud, 1915; 1916-17; 1918). Una segunda vía de transmisión concebida por Freud es a través de la captación inconsciente de los elementos presentes pero no aceptados de la generación anterior: “La sofocación más intensa necesariamente dejará espacio a unas mociones sustitutivas desfiguradas y a unas reacciones que de ellas se siguen. Nos es lícito entonces suponer que ninguna generación es capaz de ocultar a la que le sigue sus procesos anímicos de mayor sustantividad” (Freud 1913, p.160). Inconscientemente, los hombres pueden interpretar lo que los demás no saben que saben: “El psicoanálisis nos ha enseñado, en efecto, que cada hombre posee en su actividad mental inconsciente un aparato que le permite interpretar las reacciones de otros hombres, vale decir, enderezar las desfiguraciones que el otro ha emprendido en la

expresión de sus mociones de sentimiento. Por ese camino del entendimiento inconsciente, todas las costumbres, ceremonias y estatutos que había dejado como secuela la originaria relación con el padre primordial permitieron tal vez que las generaciones posteriores recibieran aquella herencia de los sentimientos” (p.160). Con respecto al tema de la transmisión de la cultura, los conceptos de “ideal del yo” y de “identificación” tendrán un rol fundamental. Rescatando esta línea de pensamiento freudiana, Lacan, en *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* (1989c) se referirá al inconsciente como implicando la cualidad de “transindividual” (p.248). Psicoanalíticamente, desde sus comienzos, no sería posible pensar las manifestaciones del sujeto e incluso su estructuración, fuera del contexto cultural y social. El ámbito de la psicopatología no es una excepción.

Desde el punto de vista de la forma que adquiere la psicopatología, al menos dentro de determinados cuadros, se ha planteado que el síntoma y el actuar clínico cambian a través de los tiempos: “Que la clínica cambie quiere decir que es el síntoma mismo quien cambia, especialmente que cambia más rápido que la teoría que acerca de él se hace en psicoanálisis. Este cambio evidente de la clínica muestra claramente que el síntoma es un mensaje, cuya formulación está condicionada por el estado de lo que puede denominarse, en forma aproximativa, el discurso universal” (Miller, 1984a, p.9). Se ha planteado que el cambio en la clínica actual se asocia a un desfallecimiento del Padre y a un fortalecimiento del superyó. Esto produciría la caída de la culpa como tratamiento simbólico del goce; el ascenso de la angustia como testimonio de la irrupción de lo real; la expansión de la manía como forma de una normalidad; el imperativo de la impulsión en la urgencia del ‘no pienso’, que lleva a cuadros que van desde las toxicomanías a las bulimias, anorexias y patologías del acto; la inercia de la depresión (Tarrab, 2000e). Incluso se plantea que es el mismo inconsciente el que evoluciona, pudiendo llegar a hablarse de “una historia del inconsciente” (Miller, 1984b, p. 62). Esto obliga al psicoanálisis, tanto teórica como técnicamente, a reaccionar, a buscar formas de entendimiento y de intervención que permitan trabajar con las nuevas formas clínicas, obligando a que periódicamente “hagamos una puesta a punto del síntoma, en la medida

en que el psicoanálisis mismo forma parte del Otro contemporáneo y del discurso.” (Miller, 1984a, p. 11).

Las formas que asume el sufrimiento humano en lo que a salud mental respecta, han ido delineándose alrededor de problemáticas denominadas pre-neuróticas o de borde. En ellas se considera a las anorexias y bulimias, las adicciones, algunas formas de violencia, enfermedades psicosomáticas y cierto tipo de depresión (Rojas & Sternbach, 1997). En las adicciones parece encontrarse un especial tipo de vínculo con una organización económico-social que coloca el consumo en primer plano: “Respecto de esta definición del partenaire falo, se introduce la droga o la sustancia tóxica como otro tipo de partenaire. Por eso, me parece muy justificado hacerlo entrar en el registro de la relación del sujeto moderno con el objeto de consumo” (Miller, 2005, p.311). El caso de las adicciones podría considerarse casi paradigmático en esta búsqueda de ubicar al objeto como sutura de una falta estructural. El recurrir a las sustancias químicas como una forma de lograr la satisfacción no hace sino seguir la lógica y el mensaje propios de la economía de mercado. El ‘sentirse bien’ pasa a ser el único sentido del consumo de sustancias, con lo cual el consumo pierde los ejes simbólico-rituales presentes en otros tipos de sociedades. Se trata de poder obtener ‘R’, como fue llamado previamente, siguiendo exactamente la sugerencia economista, es decir, sin detenerse a distinguir el ‘R’ encontrable en el consumo de la droga, del ‘R’ encontrable en otras actividades. Esta sería justamente una ‘gran diferencia’ que pierde importancia frente a la resaltada diferencia entre una marca y otra de bencina. No es de extrañar que el consumo de sustancias químicas adictivas haya adquirido la masificación e intensidad que se observa. De alguna forma, la persona que ha desarrollado una adicción se transforma en el consumidor ideal desde el punto de vista del oferente del producto. No se requiere de grandes campañas para evitar que deje de consumirlo. Esto es consistente con que, justamente desde los sectores que defienden un libre mercado radical, muchas veces se apoye la propuesta de quitar las prohibiciones sobre la comercialización y consumo de las sustancias químicas adictivas. No habría razón para impedirle al consumidor decidir libremente sobre dónde encontrar ‘R’, este indiscriminante equivalente de la utilidad subjetiva.

Lo que se produciría actualmente, entonces, sería una descontextualización del marco histórico para el uso de las sustancias químicas adictivas, con un énfasis en el placer asociado al consumo, sin normas que lo regulen. La hipertrofia de la lógica del mercado, dadas las características particulares de las sustancias adictivas, lleva a aumentar la posibilidad de consumir en cantidades, frecuencias y continuidad tales, que culminen en el desarrollo de una adicción. Desde este punto de vista pierde el sentido la disputa entre una visión que pretendiera colocar todo el énfasis en el objeto droga como causante del problema, con una cierta demonización de ésta, y otra que pretendiera desconocer la realidad del fenómeno de la adicción a las sustancias, colocando toda la importancia en la forma en que el sujeto se relaciona con las drogas, haciéndola equivalente a otros objetos de consumo. Las sustancias potencialmente adictivas tienen características particulares que permiten el desarrollo de una adicción. Esto es algo que el ‘mercado’ sabe bien y se organiza de acuerdo a ello. Por otro lado, el desarrollo o no desarrollo de una adicción dependerá de la relación que el sujeto establezca con ellas. De esta forma, el contexto económico y cultural actual parece facilitar el establecimiento de un vínculo adictivo con estas sustancias. El sujeto puede intentar llenar el vacío propio de su ser con el consumo de los objetos producidos por el saber científico, y las drogas serían cada vez más, el paradigma de este tipo de objetos: “Capaces [las drogas] de captar goce y de poner a disposición del consumidor un goce para todos. Y se puede sostener que el toxicómano puede seguramente devenir en el modelo del consumidor ideal” (Tarrab, 2000a, p.86). La oferta, por su parte, sería la de un goce no fracturado, no regulado por el camino de la sexualidad. En este sentido Laurent (1988/97) señala que con la idea de mercado común, sería la forma de ‘mercado’ la que unificaría los goces. En la medida que la droga abre la posibilidad de un goce no sexual, sino de un goce “uno”, fuera del fantasma, ésta posibilita un mecanismo que se aviene muy bien con la unificación de los mercados: “Desde este punto de vista el haschich, los opiáceos y la cocaína son la integración del mercado único de los goces” (1988/97, p. 21).

A partir del derecho a elegir los productos y servicios que se quiere consumir, y transformado este derecho en un eje de la noción de libertad en la sociedad de la

economía de mercado, se instaura la legitimidad, más allá de la legalidad o ilegalidad de las sustancias, de dar una respuesta al problema de la existencia, en un divorcio del ideal, en el plano de la elección del consumo de un objeto del mercado.

Elige la vida, un empleo

Elige una carrera, una familia, una TV inmensa

Elige un lavarropas, autos, Cd, y abrelatas eléctricos

Elige la buena salud y el colesterol bajo, las hipotecas a plazo fijo

Elige una primera casa

Elige a tus amigos

Elige ropa informal

Elige un traje de tres piezas comprado a plazos y pregúntate quién mierda eres un domingo temprano

Elige sentarte en un sofá o mirar programas que te vuelven estúpido mientras comes comida basura

Elige pudrirte en un hogar miserable, siendo una vergüenza para los malcriados que has creado para reemplazarte

Elige tu futuro

Elige la vida

¿Por qué querrías eso?

Elijo no elegir la vida

Elijo otra cosa

¿Las razones? No hay razones, quién las necesita si hay heroína

(Protagonista film Trainspotting, citado en Tarrab, 2000d)

1.3 Definición de adicción

A pesar de este extendido uso de las sustancias químicas, y que ya en el Antiguo Testamento podemos encontrar algunas referencias a un posible mal uso del alcohol, es

recién a fines del siglo XVIII que se genera más claramente la idea de una enfermedad relacionada con la dependencia al alcohol. En la medida que se la entiende como una ‘enfermedad’ también se entra en el plano de la salud, ya sea física o mental, y se comienza a hacer posible pensar en ‘tratamientos’.

Sería el médico estadounidense Benjamín Rush quien causaría mayor atención con la publicación, en 1784, de *An Inquiry into the Effects of Arden Spirits upon the Human Body and Mind, with an Account of the Jeans of Preventing and the Remedies of Curing them*. Planteó que el tomar en forma habitual es una enfermedad y que la cura era la abstinencia (Blum, K. p. 11). Un médico escocés, Thomas Trotter escribiría en 1804 un tratado más académico, insistiendo en que la ebriedad era una enfermedad, pero sin una etiología clara (Thombs, D. p. 50). En Francia, la psiquiatría se hizo cargo del alcoholismo antes de que se acuñase el término, lo que se manifiesta en el informe presentado ante el Consejo Regional de los Hospicios y Hospitales Civiles de París, donde en relación al servicio a los alienados menciona que entre los años 1822 y 1824 el “abuso de vinos y licores” se constituye como la segunda causa de alienación (Postel & Quérel, 2000). Correlativamente aparecen términos nuevos para caracterizar la locura alcohólica, como delirium tremens, dipsomanía, locura embriagante, monomanía de la embriaguez. Pero sería Magnus Huss quien usara por primera vez el término “alcoholismo”, en su trabajo publicado en Suecia en 1849, *Alcoholismus Chronicus*, en el cual identificaba varios desórdenes relacionados con el alcohol. Este trabajo habría sido leído ampliamente por médicos tanto en Europa como en los Estados Unidos (Rivers & Shore, 1997). En Francia, el alcoholismo pasa a ser considerado un problema relevante a fines del siglo XIX, de forma que se realizan intensos esfuerzos de profilaxis antialcohólica como creación de sociedades de templanza, propaganda, enseñanza, etc. Sin embargo, este tipo de movimientos tuvo mejor suerte en países protestantes, ya que en Francia fueron siempre vistos con cierto sarcasmo (Poste & Quérel, 2000). En EEUU, sólo a partir de 1933 el modelo médico sería realmente aceptado para entender el alcoholismo, en oposición a la perspectiva moral imperante (Rivers & Shore, 1997). El concepto de dependencia, aplicado inicialmente al alcohol, se extendió posteriormente a los opioides y otras sustancias psicoactivas (Ferentzy, 2001: Room, 2001, citados en

Organización Panamericana de la Salud, 2005). En la segunda mitad del siglo XIX hubo preocupación en Europa por el fenómeno de la toxicomanía, especialmente a sustancias como el opio, la morfina, la cocaína, la heroína, el éter. El modelo de referencia de la toxicomanía fue la morfinomanía. El uso de la morfina se generalizó a partir de mediados del siglo XIX. La morfinomanía se describió primero como “vicio de calidad” para difundirse luego a todas las clases sociales. La lucha contra la toxicomanía adquiere desde principios del siglo XX una dimensión internacional, como queda de manifiesto en las conferencias de Shangai (Febrero 1909) y de La Haya (Diciembre 1911, Enero 1912), que se organizan en respuesta a la necesidad de llegar a acuerdos entre los Estados para enfrentar el problema. Desde 1910 la heroína fue prohibida en EEUU donde se estima había 300.000 heroinómanos (Poste & Quétel, 2000).

Volviendo al alcohol, la emergencia de Alcohólicos Anónimos en EEUU hizo que el concepto de enfermedad ganara popularidad en los 50'. En 1956 la Asociación Médica de EEUU apoyó la clasificación del alcoholismo como una enfermedad (Milam & Ketcham, 1983). En 1960 Jellinek, que había impulsado un centro de investigación sobre alcoholismo en la Universidad de Yale, publica *The Disease Concept of Alcoholism*, donde apoyó el concepto de enfermedad para el alcoholismo, asociado a alteraciones en el funcionamiento celular, aumento de tolerancia del tejido y falta de control o incapacidad de detenerse (Blum, 1991). El modelo de enfermedad se consolida en los 60' y 70' y el llamado modelo de Minnesota es adoptado como modelo de tratamiento en EEUU.

El modelo de enfermedad clásico del alcoholismo, o adicción a sustancias en general, tiende a definir ciertas características propias de ella. La primera sería considerarla como una enfermedad ‘primaria’, es decir, no siendo resultado de ninguna otra condición. En segundo lugar estaría la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia por parte del sujeto. Luego, se la consideraría una enfermedad ‘progresiva’ por naturaleza, en el sentido que los problemas asociados al consumo irían siendo cada vez más graves. Por último, esta sería una enfermedad crónica, en el sentido que no tiene una cura

propriadamente tal, sino que sólo sería posible mantenerla bajo control (Rivers & Shore, 1997).

Esta manera de concebir la enfermedad se ha prestado a la crítica tanto teórica como empírica. Las investigaciones muestran que un importante porcentaje de los pacientes con adicción padecen de otras enfermedades psiquiátricas que pudieran considerarse como previas e influyendo en el desarrollo del alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993). Por otra parte, la adicción es un fenómeno que se desarrolla en el tiempo producto del consumo en cantidades suficientemente importantes y por un lapso suficientemente largo de las sustancias. Es así como un adulto, en relación a la gran mayoría de las sustancias adictivas, podrá demorar años en desarrollarla. El que ese sujeto no haya hecho caso a las señales sociales, físicas, laborales, legales, familiares, etc., que habitualmente indican la presencia de un consumo problemático debería considerarse una ‘condición’, más allá de que se le pudiera diagnosticar o no una patología propriadamente tal. La continuación de una forma de consumo que permite el desarrollo de una adicción habla de una situación vital, intrapsíquica y/o social, que sin duda impide la perspectiva de la adicción como una enfermedad primaria.

La pérdida de control es una característica que también ha generado polémica. No se cuestiona que exista una pérdida de control pero sí que esta sea absoluta. Sólo en algunos casos se daría la situación de la imposibilidad de detener el consumo después de una pequeña ingesta. En la mayor parte de los casos esta pérdida de control es parcial, es decir, funciona más bien como una tendencia a consumir de forma compulsiva, pero que no necesariamente lleva a esta conducta. El sujeto que ha desarrollado una adicción sí tiene la capacidad de ejercer un grado de control sobre el consumo, si bien a costa de un esfuerzo más o menos importante. Es justamente el que la pérdida de control sea parcial lo que lleva a que el diagnóstico de la situación pueda ser difícil en algunos casos, y es lo que tiende a desconcertar a familiares y personas cercanas a la persona con adicción. En la medida que en algunos momentos, mediando la voluntad, el sujeto es capaz de controlarse lleva a pensar que el problema no es tan grave como se había pensado.

Lo ‘progresivo’ de la enfermedad también se ha discutido. El que la pérdida de control sea parcial puede llevar a que el nivel de consumo pueda llegar a depender, en muchos casos, en medida importante de la situación vital en la que se están inmerso. Es así como el deseo de mantener una fuente laboral o un matrimonio, puede funcionar como factor muy poderoso que lleve a acotar el consumo de sustancias a los límites impuestos, explícita o implícitamente, por el lugar de trabajo o la pareja. En este sentido, el contexto es de vital importancia para entender el curso y evolución que van siguiendo los patrones de consumo. También se ha discutido el que la noción de ‘progresivo’, desarrollada a partir del consumo de alcohol, sea aplicable sin modificaciones al consumo de sustancias ilícitas (Walker et al., 2004).

La cronicidad de la enfermedad ha sido cuestionada para un grupo de pacientes. Hay investigaciones que muestran que un 15% de los bebedores problema podrían volver a tomar en forma controlada (Miller, 1982). Sin embargo, habría cierto acuerdo en la mayoría de las personas que han desarrollado una adicción a sustancias corre un riesgo importante al seguir consumiéndolas después de haber sido tratadas.

El ocupar la enfermedad física para explicar conductas anormales o síndromes psiquiátricos ha demostrado tener serias limitaciones (Adams & Cassidy, 1993, en Rivers & Shore, 1997). Habría que preguntarse qué se gana con la incorporación de la adicción en la categoría de enfermedad. Históricamente es posible pensar que la ganancia haya sido el colocar en el campo de la medicina lo que hasta ese momento pertenecía al ámbito moral. En el *Journal der Allgemeine Medizin* se publica una carta de un médico prusiano, referida principalmente al morfinismo, que ilustra este punto: “El morfinismo, suponiendo que esta denominación logre adquirir carta de naturaleza, es una anormalidad que, como el vicio del alcohol, expresa una debilidad de carácter en quien lo sufre. Esos casos extremos no bastan para llegar a conclusiones tales como que sean causados por una sustancia química. No cabe duda de que el alcohol puede tener efectos dañinos en manos de un irresponsable. Sin embargo, no por eso se le ocurriría a nadie llamar veneno peligroso a algo de uso tan extendido, que se considera como una bendición productora de placer. Sin ningún reparo, lo mismo puede decirse de la morfina.” (citado en

Escohotado, 1995). En este sentido se ha intentado, más allá del concepto de enfermedad, el distinguir ‘patrones’ de consumo que pudieran dar cuenta de las categorías que se pueden encontrar en el trabajo clínico y en la realidad no clínica (Epstein et al., 2004).

Un punto importante, entonces, en la concepción de la adicción, sea desde la perspectiva de la ‘enfermedad’ o de un ‘patrón’ de consumo, sería el resaltar una pérdida de libertad en la capacidad de tomar decisiones en lo referente al consumo de sustancias adictivas cuando ésta ya se ha desarrollado. Esta pérdida de libertad, condicionada biológica o psicológicamente, transformaría lo que era una falta o debilidad moral en una disminución de una capacidad, disminución de la cual el individuo padece. Tenemos ahora un sujeto que debe ser ayudado, tratado, en lugar de uno que debe ser enjuiciado. El estar condicionado por algo externo al juicio moral propio, cambia completamente el status del fenómeno, ya que lo integra al ámbito del padecimiento. La tensión entre la responsabilidad propia del sujeto en el consumo de una sustancia v/s la dependencia y pérdida de libertad en relación con la droga será un elemento de la discusión que perdurará en el tiempo y que influirá, como veremos más adelante, en los modos de entendimiento del fenómeno y tratamiento de las adicciones hasta el día de hoy.

El DSM IV, es un manual elaborado a partir de una revisión bibliográfica que pretende proporcionar información “amplia y no sesgada”, para así asegurar que contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible, realizando búsquedas sistemáticas computacionales y revisiones críticas a cargo de amplios grupos de consejeros (DSM IV, p.XXV). En esta publicación la definición de adicción es la siguiente: “un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- (2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej. fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- (7) se continúa tomando la sustancias a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)”.
(DSM IV, pp. 223-224).

La categoría de dependencia a sustancias químicas implica especificar además si ésta es ‘con dependencia fisiológica’ o ‘sin dependencia fisiológica’.

Esta es una definición que ya no hace necesaria la presencia del síndrome de abstinencia o el desarrollo de tolerancia, ambos criterios clásicamente asociados a los intentos por definir la dependencia a algunas sustancias. La mayoría de los criterios (cinco de siete) aluden a un grado de pérdida de control del sujeto sobre el consumo, o a una tendencia a hacer girar los intereses de la vida del sujeto en torno a la sustancia. Estos dos elementos

parecen ser los clínicamente definitivos si pensamos en un tipo de vínculo del sujeto con la sustancia como lo propio de la dependencia, vínculo asociado a la ‘compulsión’ por consumirla. La aparición o no de un síndrome de abstinencia, así como el desarrollo de tolerancia, más allá de la ventaja que tienen en términos de la posibilidad de hacerlos ‘objetivos’ (observarlos, medirlos), no están necesariamente relacionados con esta dinámica.

Es llamativo el uso de la categoría de “dependencia fisiológica” de la definición, asociada a la aparición o no de los elementos síndrome de abstinencia y tolerancia. Esta referencia parece estar enmarcada en la discusión en relación a la oposición de los términos dependencia fisiológica v/s dependencia psicológica, muy discutida y publicitada a partir del status que tendría la marihuana (THC) en términos de capacidad adictiva. La discusión biológica actual en torno a los cambios del sistema nervioso central involucrados en la dependencia química, intentando llevar al plano de la biología la explicación de la conducta compulsiva hacia las sustancias, coloca el problema en un plano muy distinto del síndrome de abstinencia o el desarrollo de tolerancia (salvo la llamada tolerancia farmacodinámica que aludiría a una neuroadaptación en la línea de cambios del sistema nervioso que se sostienen en el tiempo). Por lo tanto, la inclusión de la posibilidad de una “dependencia fisiológica” también parece heredera de una visión superada que se reemplaza por una explicación global del fenómeno adictivo desde cambios en el funcionamiento y algunas estructuras del sistema nervioso. Es decir, lo relevante es un ámbito de explicación, que intenta describir los fenómenos involucrados en toda adicción, y no lo que sería una característica de la dependencia ‘con o sin’ dependencia fisiológica.

La definición de “abuso de sustancias” en el DSM-IV está compuesta básicamente por criterios que involucran la aparición sostenida de problemas asociados al consumo de sustancias. Estos problemas pueden ser a nivel familiar, laboral, escolar, judicial, físico. No aparece ningún criterio relacionado con una pérdida de control, lo que mantendría, en esta categoría, el consumo a nivel de una decisión voluntaria con consecuencias problemáticas. De esta manera, la definición del DSM-IV circunscribe el fenómeno de la

adicción, distinguiéndolo de un consumir sustancias ‘problemático’. La definición de adicción no está dada por las consecuencias o problemas ocasionados por el consumo, consecuencias que sin duda tienen un componente contextual importante, ya que dependen en gran medida del medio en el cual se da la conducta de consumo de sustancias. Esto hace a la adicción menos dependiente de una posible ‘relatividad cultural’ y la acerca a intentar describir un fenómeno de una naturaleza particular, más allá de variables culturales que la pueden influir en su forma de aparición pero no en su definición. A pesar de que la definición del fenómeno no esté dado por la aparición de daños asociados al consumo, se considera a la dependencia “como el principal factor de contribución al daño social y de la salud producido por el uso de sustancias psicoactivas” (OPS, 2005, p. 242).

También en el CIE-10 los criterios sobre dependencia de sustancias están principalmente centrados en los aspectos clínicos de la falta de control y girar los intereses del sujeto en torno al consumo de sustancias. En el CIE-10 (OMS, 1992) se plantea que para hacer el diagnóstico de dependencia se deben “experimentar o presentar juntos tres o más de los siguientes criterios en algún momento del año anterior:

- (1) Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia
- (2) Dificultades para controlar la conducta de tomar la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso.
- (3) Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (4) Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores.
- (5) Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debidos al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.

- (6) Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.”

La situación es similar a la presentada en el DSM-IV, ya que también aquí la presencia de los criterios referidos al síndrome de abstinencia y el desarrollo de tolerancia no es necesaria para el diagnóstico de dependencia. Los otros cuatro criterios se relacionan con la compulsión al consumo y sus efectos sobre el sujeto tanto a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Desde otras perspectivas se ha intentado una aproximación al problema pensando en un continuo que va desde la abstinencia-uso no problemático hasta diversos tipos y grados de uso problemático (Cox & Klinger, 1988, 1990; McCrady, 1993; Sobell & Sobell, 1993 citados en Rivers & Shore, 1997), dentro del cual habría que situar a cada sujeto. Esto permitiría diferenciar mejor a cada uno de los consumidores problemáticos.

Para efectos de esta tesis, se trabajará con una definición de la adicción como un fenómeno compuesto por dos elementos centrales:

- pérdida relativa de control por parte del sujeto sobre su propio consumo de sustancias químicas potencialmente adictivas. Esto implica la existencia de una tendencia, más allá de la libre voluntad del sujeto, a consumir determinadas sustancias de una forma diferente a lo que él se propone. A esta tendencia el sujeto le puede contraponer una voluntad de no consumirlas o de hacerlo acotadamente con éxito parcial o total en el tiempo

- un girar de parte importante de los intereses del sujeto en torno a la obtención y uso de la sustancia, a nivel conductual, cognitivo y afectivo

1.4 Tratamientos: historia y actualidad

En Europa, ya en la segunda mitad del siglo XIX se crean centros especializados para el tratamiento de las adicciones. En Francia, varios tipos de establecimientos recibían a los toxicómanos, como el ‘asilo para alienados’. Las ‘casas de salud’ y los ‘establecimientos de hidroterapia’ ofrecían un sustituto de la internación psiquiátrica (Postel & Quérel, 2000). Los tratamientos de la época, tanto en Europa como EEUU, consistían en la aplicación de diversas técnicas, que iban desde la sustitución de la droga por otras sustancias hasta la implementación de dietas especiales, suponiendo que en el problema de consumo de sustancias había un problema nutricional a la base, acompañadas de descanso y masajes. También hubo tratamientos eléctricos, cajas de aire caliente, luz ultravioleta. Incluso se intentó desarrollar una vacuna. Nada de esto dio resultados. Leslie Keeley, en 1880, desarrolló un método basado en un ingrediente secreto. Se conoció como el “la cura de oro”, estimándose en 400.000 las personas tratadas con este método en forma infructuosa (Blum, 1991).

El primer acercamiento desde un punto de vista de la psicología fue el hipnotismo, sin que se obtuvieran resultados. Luego, serían los nacientes psicoanalistas los que se interesarían en esta patología. Ya desde 1908 se comienza a debatir el tema tanto teórica como técnicamente. Los desarrollos psicoanalíticos en torno al tema, presentes hasta el día de hoy, serán revisados en profundidad en el próximo capítulo.

Luego, a mediados de 1930, basándose en principios científicos del condicionamiento clásico, surge un nuevo tipo de tratamiento que es acompañado con la creación de un hospital para tales efectos por Shadel (Blum, 1991). Este es el llamado “tratamiento aversivo”, consistente en asociar a la ingesta de alcohol la sensación de náuseas. Las sesiones de condicionamiento se intercalan con entrevistas con el paciente bajo los

efectos de una combinación de fármacos que produce un efecto similar al de una píldora para dormir, pero incluye una fase (fase del “suero de la verdad”) en la cual el paciente responderá las preguntas libremente y sin censura. Así, se podrá averiguar acerca del efecto real que están teniendo las sesiones de condicionamiento en relación a la especificidad del condicionamiento. El proceso tiene limitantes, en el sentido de que si el paciente quiere volver a tomar lo puede hacer rompiendo poco a poco al condicionamiento (Blum, 1991). El objetivo del tratamiento es proveer al alcohólico con un tiempo involuntario de no consumo de alcohol, creando una aversión al gusto, a la vista y al olor del alcohol (Miller, 1980). Durante este tiempo-fuera, el alcohólico tendría la oportunidad de ordenar su vida y la posibilidad de desarrollar hábitos de comportamiento más adaptativos. Según las investigaciones, este tipo de tratamiento ha tenido relativo éxito dentro de ciertos tipos de pacientes que tienen trabajos estables, familias, un nivel socioeconómico medio o alto y la suficiente motivación como para llevar a un tratamiento caro y displacentero (citado en Miller, 1980). La abstinencia en este segmento de pacientes, es alcanzada en un 60% aproximadamente, pero la efectividad no es tan clara en otros tipos de pacientes.

En la misma década del '30 surge un movimiento no profesional llamado Alcohólicos Anónimos, anclado en una tradición de agrupamiento de abstemios y sociedades de abstemios promotores del cese de todo uso de drogas y que históricamente han funcionado como sociedades de rehabilitación (Arif & Westermeyer, 1988). Más específicamente, según el sitio oficial en la web, Alcohólicos Anónimos tuvo sus comienzos en 1935, en Akron, Ohio, como resultado del encuentro de un agente de Bolsa de Nueva York, Bill, y el Dr. Bob, un cirujano de Akron. Ambos habían sido alcohólicos desahuciados, sin embargo Bill logró la abstinencia gracias a la influencia de un grupo religioso, lo que tuvo un efecto trascendental en Dr. Bob, ya que se encontró por primera vez con alguien que se podía considerar como rehabilitado. Bill recalca que el alcoholismo era una enfermedad de la mente, idea que terminó por convencer al Dr. Bob, ejerciendo esto gran fuerza para que también dejara de beber.

El archivo informativo de A.A (A.A., 1995), menciona que Bill y Dr. Bob trabajaron inmediatamente con los alcohólicos confinados en el Hospital Municipal de Akron, y que como consecuencia de sus esfuerzos, un paciente pronto logró su sobriedad. Aunque no se había inventado todavía el nombre Alcohólicos Anónimos, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de A.A. En el otoño de 1935, el segundo grupo fue tomando forma gradualmente en Nueva York. El tercer grupo se inició en Cleveland en 1939. De esta forma, tardaron cuatro años en producir 100 *alcohólicos sobrios* en los tres grupos fundadores. A principios de 1939, la Comunidad publicó su libro de texto básico, *Alcohólicos Anónimos*. En este libro, escrito por Bill, se exponían la filosofía y los métodos de A.A., la esencia de los cuales se encontraba en los ahora bien conocidos Doce Pasos de recuperación. El libro también llevaba los historiales de 30 miembros recuperados. De este punto en adelante, A.A. se fue desarrollando rápidamente (A.A., 1995). En marzo de 1941, apareció en el *Saturday Evening Post* un artículo favorable acerca de A.A., y la reacción fue tremenda. Para finales de ese año, el número de miembros había ascendido a 6,000 y el número de grupos se había multiplicado proporcionalmente. La Comunidad fue extendiéndose a pasos agigantados por todas partes de los Estados Unidos y Canadá. Desde entonces, A.A. ha llegado a ser una comunidad de extensión mundial, superando hoy día casi todas las barreras de raza, credo e idioma. Se estima que la organización posee más de 2.000.000 de miembros (A.A., 1995).

De esta forma había nacido un movimiento que busca la recuperación de pacientes adictos (al alcohol en este caso), no asociado a las disciplinas de la medicina ni la psicología, ni a los profesionales correspondientes. Incluso se podría decir que hay un claro énfasis en mantenerse fuera de los ámbitos de estas disciplinas. Esto tendría grandes repercusiones hasta el día de hoy, ya que da existencia a la oposición entre tratamientos profesionales y no profesionales de adicciones. Con el tiempo esta oposición se ha ido intentando transformar en cooperación mutua, como se verá más adelante.

Los principios que rigen el movimiento de A.A. desde su origen son: i) los alcohólicos entienden a los alcohólicos ii) los alcohólicos pueden hablar a otros alcohólicos iii) los

alcohólicos tienden a creer a otros alcohólicos iv) es sanador para los alcohólicos el ayudar a otros alcohólicos v) los alcohólicos requieren la ayuda de un Poder Superior para alcanzar y mantener la sobriedad vi) la abstinencia es esencial par la recuperación (Blum, 1991). A partir de 1946 el sistema de tratamiento se formaliza con el establecimiento de las “Doce tradiciones”. El programa de tratamiento propiamente tal consiste en la invitación a seguir los llamados “Doce pasos” y en la asistencia a reuniones periódicas. Dos grupos relacionados, llamados Al-Anon y Alateens se formaron posteriormente. Al-Anon está dirigido principalmente a esposas e hijos de alcohólicos. Se formó en 1951, por la esposa de un cofundador de AA. El programa de tratamiento se diseñó en torno a los doce pasos y las doce tradiciones. La organización creció rápidamente, y en Septiembre de 1988, había más de 29.000 grupos de Al-Anon en 100 países, incluyendo 3000 grupos de Alateen para adolescentes. Alateen son grupos dirigidos a adolescentes que provienen de hogares con un miembro alcohólico. Su objetivo es que sus miembros puedan llegar a entenderse con otros miembros de la familia, con la comunidad y con sus propias necesidades y malestares. Grupos independientes, llamados Alators también se han formado a lo largo de EE.UU para dirigirse a niños de entre 4 y 12 años (Blum, 1991). Hasta finales de los 60’s casi todos los programas de tratamiento en EEUU utilizaban la aproximación de los Doce Pasos (Peele, 1989, citado en Sobell & Sobell, 2006), y los estudios muestran que a comienzos de los 90’s, en el sector privado, el 93% de los programas de tratamiento de ese país seguían basados en el modelo de los Doce Pasos (Peele, 1998, citado en Sobell & Sobell, 2006). El desarrollo de A.A. es de relevancia no sólo a nivel de las intervenciones sobre el problema, sino también en la forma de entenderlo. Se plantea que en el discurso de A.A., el haber desarrollado una adicción al alcohol se transforma en una forma de identidad, más que en una enfermedad o un tipo de conducta (Wharhol, 2002, citado en Bailey, 2006).

Narcóticos Anónimos se desarrolló a partir de A.A. y estructuró su programa de recuperación de adicción a las drogas en los Doce Pasos de A.A. La primera reunión de Narcóticos Anónimos (N.A.) se realizó en Lexington, Kentucky, en 1947, como parte de un programa hospitalario de salud pública del gobierno federal de los Estados Unidos. Un

grupo independiente y con base comunitaria, usando los principios de Lexington, que fue formado en Los Ángeles en 1953, se convirtió en la raíz del actual Narcóticos Anónimos. Entretanto, NA se convierte en un programa diferente del programa de A.A. NA ofrece recuperación de la adicción a todas las drogas, en cuanto que A.A. se focaliza exclusivamente en la recuperación del alcoholismo.

El método de NA para la recuperación de la adicción a las drogas es enteramente no-profesional, contando solamente con el apoyo mutuo de sus miembros. Narcóticos Anónimos están organizados localmente en forma de grupos autogestionados y autofinanciados, que siguen un conjunto de principios comunes, adaptados de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de Alcohólicos Anónimos. Según el *Librito Blanco* de Narcóticos Anónimos (1993), la concepción de la adicción es la de una enfermedad incurable, pero la recuperación sería posible por medio de un programa de principios espirituales. Sólo hay un requisito para ser miembro: el deseo de dejar de consumir.

En la década del 50' se desarrolla en el ámbito psiquiátrico la noción de comunidad terapéutica. Thomas Main considera la CT (Comunidad Terapéutica) como una reorganización del hospital con el fin de incrementar la comunicación de los pacientes con el staff. Esta forma de organización aumenta la información sobre las interacciones de los pacientes y de los conflictos sociales que surgen al interior del hospital., lo que se utiliza para la psicoterapia individual y, a su vez, como orientador en los conflictos en el medio social del hospital. Otra corriente de CT, que nace simultáneamente con la anterior, es la de Maxwell Jones, quién desarrolló técnicas similares para pacientes con trastornos de personalidad y patologías del carácter. Para Jones, la comunicación abierta de todo el staff y los pacientes, generaría las condiciones de cambio de los *patterns* interpersonales. Además, planteó que las decisiones democráticas al interior del hospital, permitirían acabar con el nivel de infantilización de los pacientes atendidos vía método tradicional (Gomberff, 1999). A partir de esta nueva noción de organización para pacientes psiquiátricos, y de la experiencia de N.A., surge la idea de un tratamiento de drogadicción que ofrezca un ambiente residencial y, con esto, una mayor posibilidad de mantener la abstinencia. Las CT usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que

reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces (NIDA, 2006)

Los dos principios que manejan las operaciones de las CT son la comunidad como agente de cambio y la eficacia de la auto-ayuda. También se caracterizan generalmente como instalaciones residenciales aisladas de otros programas y localizadas lejos de ambientes relacionados con las drogas (NIDA). La capacidad residencial de las CT puede variar considerablemente, entre 40 y 80 personas, en un programa típico del ambiente comunitario. Las CT están localizadas en varios ambientes, a menudo determinados por necesidad, fuentes de financiamiento y la tolerancia de la comunidad. Por lo general, las estadias en las CT han variado de 18 a 24 meses. Recientemente, sin embargo, las restricciones de financiamiento han obligado a muchas CT a reducir significativamente las estadias a 12 meses o menos o a desarrollar alternativas al modelo residencial tradicional. En relación a los miembros de la comunidad (NIDA, 2006), se esperaría que el residente bajo tratamiento se adhiera a las normas de conducta estrictas y explícitas. Estas normas se reforzarían con contingencias específicas (premios y castigos) dirigidas al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad. Además, el residente progresaría a lo largo de una jerarquía de funciones cada vez más importantes, con más privilegios y responsabilidades. De igual manera, se esperaría cambiar los patrones negativos de pensamiento y de conducta a través de la terapia individual y de grupo, las sesiones de grupos con compañeros, el aprendizaje basado en la comunidad, las confrontaciones, los juegos y el desempeño de papeles (“role playing”). Una vez que los pacientes ya estén en proceso de rehabilitación, se espera que sirvan como modelos a imitar, reflejando activamente los valores y las enseñanzas de la comunidad.

Las CT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en el uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Los miembros de la CT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar sobre las actitudes, percepciones y comportamientos

asociados con el uso de drogas. En este sentido, la "auto-ayuda mutua" significa que las personas también asumen una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros, un aspecto importante del propio tratamiento de la persona (Goti, 1990).

Según el informe del NIDA, los estudios realizados para verificar los resultados, han encontrado que la participación en una CT está asociada con varios resultados positivos. Por ejemplo, el Estudio de los Resultados de los Tratamientos para el Abuso de Drogas (citado en NIDA), demostró que aquellos que completaban exitosamente el tratamiento en una CT tenían niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol. También disminuía el comportamiento criminal, el desempleo y los indicadores de depresión en relación a mediciones antes del tratamiento. En promedio, las personas que completaban por lo menos 90 días de tratamiento en una CT tenían resultados significativamente superiores que las personas que se quedaban por períodos más cortos. Sin embargo, muchas CT tienen un alto nivel de deserción, aunque alrededor de un tercio de los residentes que abandonan el tratamiento buscan ser readmitidos. Se ha visto que los resultados asociados a los tratamientos llevados a cabo en CT se relacionan con el tiempo de permanencia (Egenau & Villatoro, 2000), y con características sociodemográficas de los residentes (Dekel et al., 2004).

Otro tipo de tratamiento residencial, al modo de las CT, es el de las casas de auto ayuda. Según Arif & Westermeyer (1988), estas organizaciones definen la dependencia de drogas como el resultado de una patología individual que puede ser cambiada a través de la ayuda mutua y la reeducación, en las altamente organizadas comunidades de recuperación individual. Dentro de un rígido concepto filosófico y de una estricta estructura jerárquica, el recién llegado progresa según el trabajo, actitudes y comportamiento. Para estos efectos, es utilizado un amplio espectro de técnicas, incluyendo las reuniones y grupos de habilidades sociales. Según los autores señalados, la evaluación de este método de tratamiento no es fácil y es escasa la investigación al respecto, sin embargo hay ciertos estudios que señalan que mientras mayor sea el tiempo de residencia, mejores serán los resultados. De esta forma, para quienes estuvieron durante seis meses en una casa de autoayuda, sería más fácil mantener la abstinencia que

alguien que estuvo por dos o tres meses. Sin embargo, Arif & Westermeyer (1988) señalan que las tasas de abandono son muy altas, incluso pudiendo llegar al 80% en tres meses. Las causas no están definidas, aunque se intenta mejorar las tasas de retención modificando los programas hacia una estructura menos rígida, incluyendo una amplia gama de actividades tanto individuales como grupales.

También existen centros basados en la religión que, de igual manera que en el concepto de casas de autoayuda, aíslan al individuo del diario vivir y del mundo 'externo'. Arif&Westermeyer (1988) señalan que estos centros existen en templos budistas, mezquitas islámicas e iglesias cristianas. A menudo, basados en el evangelio o movimientos fundamentalistas, el convertirse a la religión usualmente se transforma en parte de la meta de rehabilitación. Existen varios centros con distintos estilos terapéuticos, y la mayoría de estos ofrecen trabajos con la comunidad, entrenamiento de habilidades y algunos grupos de consejo. Una vez que el paciente termina su tratamiento, obtiene un soporte constante en su reinserción en la comunidad, debido al contacto permanente con la iglesia. En relación a los resultados, Arif & Westermeyer (1988) mencionan que las investigaciones formales relacionadas con la efectividad aún no se han realizado, pero que los centros basados en la religión han presentado buenos resultados, específicamente en casos no complicados y cuando la persona ha optado el estilo de vida de la religión en particular.

Un tercer formato de tratamiento con el estilo de las CT es aquel que, en contraste con los centros religiosos y las casas de autoayuda, no separa al usuario de drogas de la comunidad. Según Arif&Westermeyer (1988), los residentes viven en comunidad, y conviven diariamente con otras personas que no son dependientes de drogas. La importancia del consumo de drogas dentro de la comunidad es de esta manera minimizada. Una variedad de técnicas terapéuticas son utilizadas, dentro de las que se incluyen el consejo individual y la terapia de grupo. En cuanto a los resultados, Arif & Westermeyer (1988) indican que estas casas comunitarias tienden a ser más selectivas en su admisión y las reglas son menos restrictivas, lo que probablemente incida en tener mejores tasas de retención que en otras comunidades terapéuticas, al mismo tiempo que

mayor motivación en mantenerse alejados de las drogas. Como en otras comunidades terapéuticas, estas casas, tienen una fase de reintegración al ‘mundo externo’. Incluso algunos se trasladan a casas de media estadía, mientras comienzan a trabajar y vuelven por la noche a esta residencia.

Como es posible apreciar, los tratamientos no profesionales han tenido un gran auge a partir de la década del 30’, en un fenómeno que, al menos en parte importante, parece responder a la falta de eficacia de los abordajes formulados desde la medicina y la psicología. Este desarrollo histórico lleva a que actualmente la presencia de las ofertas no profesionales de tratamiento en el campo de las adicciones sea de importancia y la discusión conceptual y técnica de sus formas de abordaje terapéutico sea relevante.

Volviendo a los abordajes profesionales, las técnicas aversivas basadas en la teoría del aprendizaje también fueron evolucionando. Así, de la ya nombrada técnica basada en la producción de náuseas, se pasó, en la década del 60’, a utilizar sustancias con el fin de crear una aversión al alcohol por apareamiento con un suceso traumático. La sustancia más usada es una droga que produce una total parálisis de los músculos, incluyendo aquellos relacionados con la respiración. Justo antes de la inyección, al paciente se le da alcohol para beber, oler y mirar. La droga es entregada intravenosamente, suficiente como para producir apnea por unos sesenta segundos. Los resultados señalados por Miller, indican que no fueron lo suficientemente buenos, ya que no se encontraron diferencias significativas en un estudio con grupo placebo. Esto sumado a la naturaleza drástica del método, contribuyeron para que el tratamiento dejara de utilizarse.

Luego, siempre dentro de las terapias aversivas, se intenta utilizar la aversión eléctrica. Para Miller (1980), esta práctica surge luego de comprender que tanto la producción de náuseas, como el uso de la emetina eran métodos muy displacenteros y que en ocasiones causaban contraindicaciones. En consecuencia, se planteaba al *shock* eléctrico como alternativa de estímulo incondicionado. Debido a los resultados (Miller, 1980), actualmente el uso de este tipo de tratamiento está en entredicho. Por un lado los resultados señalan que este tipo de tratamiento es más efectivo que no aplicar tratamiento,

pero por otro, no se ha comprobado que sean más efectivos que tratamientos menos displacenteros.

Finalmente, un cuarto modelo de tratamiento conductual es la Aversión Verbal o Sensibilización Encubierta. Según Miller (1980), esta es una técnica de imaginería que condiciona escenas de alcohol y drogas asociándolas a sentimientos displacenteros, usualmente representados como náuseas y vómitos. La meta de este tratamiento es similar al empleado con la emetina, en el sentido de desarrollar la aversión condicionada al alcohol. Si bien éste es un modelo clasificado como conductual, vía uso del condicionamiento, está en el límite con el paradigma cognitivo, al usar como estímulos las representaciones mentales.

También desde una óptica conductual, pero ahora no utilizando lo aversivo, sino que el condicionamiento operante, se intenta utilizar las consecuencias positivas y negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar el consumo de alcohol. Estas consecuencias se decidirían entre terapeuta y paciente. Miller et al (citado en Monasor et al, 2003), concluyen que esta es la técnica conductual de mayor efectividad, sin embargo no es muy utilizada.

Otra técnica utilizada desde la teoría conductual ha sido la prevención de respuestas a la exposición de estímulos. Se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el 'craving' cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, etc) que anteriormente producían deseo de consumir alcohol. Se produce un condicionamiento por la secuencia estímulo-deseo-consumo, siendo el umbral de respuesta a las señales variada e individualizada. La técnica consiste en exponer al individuo a aquellos estímulos previniendo la ejecución de respuestas disfuncionales (consumo o recaída). En uno de tres estudios se consiguió con éxito un resultado positivo en el tratamiento de pacientes alcohólicos (Monasor et al, 2003).

En las dos últimas décadas, la teoría cognitiva ha dado un nuevo impulso a la investigación sobre el tratamiento de adicciones. Monasor, Jiménez y Palomo (2003),

indican que las técnicas cognitivo conductuales cada vez están más presentes en el tratamiento de las adicciones, y en particular del alcoholismo, como intervención complementaria del tratamiento farmacológico. Los autores señalan que se trata de intervenciones que analizan tanto los pensamientos como el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol, siendo la finalidad de estos, el modificar creencias y conductas por otros más adecuados o adaptativos.

La prevención de las recaídas es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína (NIDA, 1999). En el caso del alcohol, están orientados a ayudar y enseñar a los pacientes a evitar las recidivas en su consumo problemático de alcohol (Monasor et al, 2003). En este mismo sentido es que el NIDA (1999) señala que los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. Se fundamentan, en su gran mayoría, en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura. Se destaca el modelo desarrollado por Marlatt (1978) y Marlatt & Gordon (1985) (El et al., 2004)), siendo ampliamente utilizado en los últimos años. También cabe destacar el modelo de Beck et al (1999).

La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas. En este sentido, la capacidad de afrontamiento de las situaciones de riesgo es un factor muy importante en la prevención de la recaída y junto al cambio de estilo de vida y a la concienciación, constituyen una tríada en Prevención de Recaídas. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de alcohol, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo, análisis de las consecuencias del consumo, y aprendizaje de los episodios breves de recidiva para que la prevención sea eficaz (Monasor et al, 2003). Complementariamente, el NIDA (1999) señala como un elemento central de este enfoque, el poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

En cuanto a los resultados (Monasor et al, 2003) la eficacia del programa estaría determinada por los resultados que indican que las personas que iniciaron el tratamiento tenían menos episodios de recaídas, menor cantidad de uso y menos problemas con la bebida en pacientes con recaídas, y mayor eficacia de tratamientos integrados (PR y farmacológicos) que cualquiera de estos por separado. Además el NIDA (1999) menciona que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento.

Las técnicas de autocontrol es otra aproximación cognitiva, donde el objetivo del auto control es disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste (El et al., 2004). Lo que se pretende es que el paciente aprenda a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorefuerto/autocastigo y se discriminan situaciones donde es más fácil controlar el consumo (Monasor et al, 2003). Miller y colaboradores (citado en Monasor et al, 2003), realizaron un estudio donde se encontró que este tipo de tratamiento era tan eficaz como los tratamientos de comparación. Rosenberg en 1993 (citado en Monasor et al, 2003), ponía de manifiesto que las variables predictoras de éxito a largo plazo eran la gravedad de la dependencia, la valoración subjetiva de la meta con relación a su consumo (abstinencia versus moderación), y otras relacionadas con datos sociodemográficos. La utilización de fármacos para disminuir el consumo, eleva la eficacia de este programa.

El entrenamiento en habilidades sociales es también una técnica desarrollada desde lo cognitivo, con la cual se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades sociales que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas con su consumo. Para Monasor et al (2003), muchas veces el consumo está asociado a personas y a situaciones que lo propician, por esto se trabaja en asertividad, en expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva, se entrena en el rechazo de bebidas

alcohólicas y se desarrollan conductas alternativas al consumo. Según los autores (2003), 11 de 16 estudios señalan resultados positivos.

Finalmente, desde una óptica que mezcla componentes cognitivos y rogerianos, habría que nombrar a las intervenciones motivacionales. Según el NIDA (1999), la terapia para realzar la motivación es un enfoque de terapia que se centra en el cliente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al cliente a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el cliente, en vez de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Estas técnicas surgen a finales de los años '70 con el objetivo de producir un cambio en el paciente en su consumo de alcohol así como de su percepción de problemas asociados a este. Según Monasor et al (2003), a través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia en la responsabilidad en la conducta. Para ello el terapeuta debe establecer una relación de empatía con el paciente, evitando juicios de valor, y utilizando técnicas como la escucha reflexiva o facilitar la verbalización de frases automotivacionales. Monasor et al (2003), señalan que este tipo de abordaje comenzó a extenderse en la década de los 80'. Está basado en el modelo teórico de Proschaska y DiClemente sobre los estadios del cambio, e integra elementos de la terapia centrada en el cliente de Rogers en su modalidad de "entrevista motivacional" (Miller & Rollnick, 1999), que incluye la noción de 'balance decisional' propuesta inicialmente por Janis & Mann (1977, citados en Share et al., 2004). Los resultados indican que este tipo de abordajes son especialmente eficaces en sujetos que no buscan tratamiento, especialmente en bebedores excesivos (Heather, 2005). Son más eficaces que la no intervención, manteniendo la reducción del consumo por lo menos durante un año (el tiempo que duró la investigación), y suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores. Según el NIDA (1999) este enfoque ha sido exitoso con los alcohólicos y con individuos con dependencia de marihuana.

Otro abordaje terapéutico desarrollado desde lo profesional ha sido el formulado desde los postulados teóricos y técnicos de la terapia sistémica. Según Cirillo et al (1999), una gran parte de los estudios en este ámbito se han desarrollado en EEUU, a partir de finales de los años 70', basándose en casos tratados en el marco de estructuras sanitarias públicas. Estos pacientes habitualmente estaban tomando fármacos sustitutivos. En esta época también comienzan a aparecer estudios que muestran que el joven que ha desarrollado una adicción conserva un status de dependencia particularmente marcado dentro del núcleo familiar. Así, comienzan a surgir hipótesis relacionadas con patrones de interacción familiar que serían propios de familias con un miembro adicto, como una subversión de las jerarquías tradicionales (Madanes, Dukes & Harbin, 1980, citado en Cirillo et al, 1999), y un padre del sujeto que ha desarrollado una adicción descrito como una figura ausente y emocionalmente distante en relación al hijo (Harbin & Maziar, 1975, citado en Cirillo et al, 1999). La madre aparece como hiperinvolucrada e indulgente, por momentos simbiótica (Kaufman & Kaufman, 1979, citado en Cirillo et al, 1999). La gran mayoría de las investigaciones en aquellos años mostraría a la adicción como un síntoma que funciona en un rol homeostático de la pareja conyugal (Cirillo et al, 1999). Los planteamientos de Stanton se enmarcarían en forma importante en esta hipótesis (Stanton, 1997). También Haley (1980, citado en Cirillo et al 1999) adheriría a esta concepción funcionalista. En la escuela francesa, Eiguer (1989, citado en Cirillo et al, 1999) relacionaría el surgimiento de la toxicomanía en un miembro de la familia con la presencia de comportamientos perversos en la familia que implican una ausencia de vínculos fundados en una inversión profunda que constituye la identidad grupal de la familia. Más específicamente, en este tipo de familias habría una insuficiente elaboración de las temáticas de la separación subyacentes a los eventos traumáticos (Cirillo et al, 1999). En Italia, Charmet (1990, citado en Cirillo et al, 1999), plantea que en las familias con un miembro adicto habría una sobrecarga de valores maternos que debilita la función paterna orientada a facilitar la separación del hijo de la madre. Desde una perspectiva de la investigación experimental también se han desarrollado numerosos trabajos dirigidos a encontrar las características propias de las familias con un miembro que ha desarrollado una adicción. La falta de una oportuna adquisición de autonomía, el fracaso escolar, el intento de fuga de la figura materna, la falta de elaboración de experiencias de pérdida en

la historia de los padres, la falta de calidad de la relación diferenciadas padres-hijos , una combinación de estilo de relación crítico-hiperprotector (Babst et al, 1978; Friedman et al, 1980; Coleman et al, 1986; Selnow, 1987; Simons & Robertson, 1989; Coombs & Ladsverk, 1988, citados en Cirillo et al, 1999), son algunas de las temáticas relacionadas con un mayor riesgo de desarrollo de un consumo problemático de sustancias por parte de los jóvenes. La transmisión intergeneracional también ha sido planteada como una perspectiva a tener en cuenta en las llamadas “familias alcohólicas” (Steinglass et al, 1987).

Un concepto que se ha desarrollado con el fin de dar cuenta de lo que sucede en el sistema que rodea al sujeto que ha desarrollado una adicción, aunque desde una perspectiva distinta, es el de codependencia. Con este concepto no se intenta encontrar una explicación a nivel del funcionamiento interrelacional del desarrollo de una adicción por alguno de los miembros del sistema, sino que se intenta dar cuenta de ciertos comportamientos, actitudes y reacciones comunes observados en la mayoría de las parejas de alcohólicos en rehabilitación que participaban en grupos terapéuticos. Luego, este concepto se aplicó también a personas con consumo de otras sustancias adictivas (Brown & Lewis, 1995; McKay, 1996). Las características asociadas al fenómeno de la codependencia serían el actuar en un función de un referente externo (Beattie, 1987, 1989; Abbott, 1985); el sentirse culpable y, por lo tanto, tolerar la agresión del adicto buscando constantemente protegerlo y disculparlo (Beattie, 1987; Edmundson, Bryne & Rankin, 2000); una gran necesidad de tener un control sobre el medio que lo rodea (Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998); la pérdida de límites en la relación con los otros (Beattie, 1987; Steinglass et al, 1987; Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998); aparición, en los ‘codependientes’, de sintomatología relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés (Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller, 1998). Lo interesante de este concepto es que coloca el acento en pautas de interrelación que serían producto de la existencia de un miembro que ha desarrollado una adicción en el sistema. La atribución de la relación causal queda invertida, más allá que también se proponga la influencia, en la aparición de las conductas codependientes, de rasgos estructurales de personalidad, o de la influencia del aprendizaje o del modelo de rol (Edmundson, Bryne & Rankin,

2000). Esto permite puntuar de una manera distinta la secuencia de las dinámicas relacionales, enfatizándose la influencia de la adicción sobre estas dinámicas en lugar de buscar encontrar una explicación para la adicción en ellas.

Desde un punto de vista farmacológico, existe una gran cantidad de investigación orientada a encontrar sustancias que puedan ayudar en las distintas etapas de un proceso de recuperación de una adicción. Florenzano (1999) propone cinco objetivos para este modo de intervención:

- Tratamiento de la desintoxicación y del síndrome de privación. En general se realiza en una etapa de internación. El tiempo necesario para lograr la estabilización de los problemas agudos de la abstinencia es, normalmente, entre tres a cinco días, aunque en caso de complicaciones es probable que el tiempo se prolongue.
- Atenuación de la apetencia por la droga, especialmente en las semanas siguientes a la supresión.
- Tratamiento de la comorbilidad. La duración del tratamiento depende de la naturaleza y de la evolución del cuadro una vez que la droga ha sido completamente suprimida.
- Prevención de la recaída a través de fármacos sensibilizantes, que desencadenan una reacción cuando se consume el alcohol o la droga.
- Sustitución de la droga por otra similar pero con efectos más benignos y compatibles con una vida social relativamente normal.

En general es aceptado que la farmacoterapia juega un rol en el contexto de tratamientos que incluyan intervenciones psicológicas, aunque también se ha cuestionado la relevancia de este rol. Es así como algunos estudios indican que en presencia de una intervención psicosocial adecuada, la medicación podría no ser necesaria en sujetos que abusan de sustancias, incluso cuando cumplen los criterios de un desorden del ánimo (Hesse, 2004).

Una perspectiva no revisada hasta ahora es la del llamado modelo de reducción del daño. Se define a partir de lo que sería una imposibilidad actual, transitoria o permanente, de detener la adicción y junto con esto la necesidad de minimizar el daño que el sujeto se

produce a sí mismo y a los otros (Inchaurreaga, 2000). Este movimiento no es un tratamiento en particular, sino que más bien se podría considerar una política social y de salud que apunta a realizar intervenciones para lograr la disminución de las consecuencias negativas del consumo de drogas. La perspectiva de la reducción del daño habría surgido como un movimiento de protesta frente a las políticas públicas, y se señala su inicio con los programas de mantenimiento y sustitución con metadona en Inglaterra hacia 1930 (Undurraga, 2004). Se propone esta fecha tomando en consideración que, desde la perspectiva de la reducción del daño, la sustitución de una droga por un fármaco que se plantea desde el tratamiento biológico, es coherente con su filosofía. Las intervenciones desde la perspectiva de la reducción del daño han aumentando considerablemente durante la pasada década (Denning, 2001; MacCoun, 1998; Marlatt, 1998, citados en Rosemberg, Melville & McLean, 2004). Esta perspectiva se diferenciaría de la mayoría de las técnicas aquí repasadas, al considerar que la abstinencia no es un fin ni un medio de tratamiento, puesto que ésta se dirigiría exclusivamente a la disminución del consumo de drogas y sería parte de una política represiva por parte de los organismos oficiales. El proceder de la política oficial que apoya la abstinencia de los pacientes y programas, estaría fundamentado en mitos. Estos mitos tendrían como contenido percibir la droga como la causa de la drogodependencia; percibir al drogodependiente como un delincuente (ligado a la polémica sobre la legalización o no de las drogas); y a la droga como la que causa del SIDA (aludiendo al conflicto que existe por el tema de las jeringas) (Undurraga, 2004). Desde esta concepción, la droga sería el objeto de la práctica adictiva de un sujeto y dependerá de las condiciones en que el sujeto realice esta práctica, la naturaleza de las consecuencias (Inchaurreaga, 2000). Se argumenta que tiene que haber un cambio de paradigma, siguiendo los acontecimientos actuales, tales como la alta incidencia del SIDA, o la baja adhesión de los pacientes a los tratamientos de drogas. La reducción de daños abarca variados programas o estrategias que están siendo aplicados desde hace un tiempo en Europa (desde la década de los 90'), y que se estarían expandiendo al mundo. Los más difundidos son los programas de cambio de jeringas y los programas de sustitución para los adictos a los opiáceos (Undurraga, 2004).

Los diversos planteamientos incluidos en esta perspectiva parecen mezclar y confundir la puesta en marcha de elementos técnicos orientados a disminuir los daños asociados al consumo de sustancias, con el intento de la disminución del consumo como un objetivo alternativo al de la abstinencia, y con una poco clara crítica al concepto mismo de adicción acompañada de una difusa defensa acerca de la libertad del sujeto consumidor. En razón de estas confusiones Heather (2006) propone reservar el término ‘reducción del daño’ para el intento de aminorar las consecuencias adversas tanto en la salud, en lo social o en lo económico de las sustancias que alteran el ánimo, sin que necesariamente se demande una reducción en el consumo de estas sustancias. La inclusión del objetivo de la reducción del consumo dentro del término sería una reacción a la ideología dominante de abstinencia total para todos, que infiltra los servicios de tratamiento de alcohol en EEUU. Desde este punto de vista, el intento de alcanzar un beber controlado como una forma de reducir el daño sería preferible a la meta poco realista de la eliminación del daño por medio de la abstinencia total. El problema de confundir la noción de reducción del daño con la de una disminución del consumo, aunque todavía dañino, es que puede llevar a que ésta se plantee como una meta del tratamiento también en el caso de bebedores problema que pudieran alcanzar un resultado no problemático en su relación con el alcohol.

Heather (2006) también sugiere deslindar la noción de ‘reducción del daño’ propiamente tal, de la reducción del daño entendida como política gubernamental. La visión gubernamental de la reducción del daño está referida a políticas que limitan o reducen el daño entre aquellos que ya han incurrido en él, o que están riesgo de hacerlo. Las políticas para la población en su conjunto serían impopulares con el público general y así, políticamente riesgosas. Esta forma particular de entender la reducción del daño se habría desarrollado especialmente con fines políticos, y como una manera de encubrir el deseo de no ofender a la industria del alcohol.

Como se puede observar a partir de esta breve revisión, los planteamientos en torno a posibles abordajes de las adicciones son múltiples y variados, tanto en términos del marco teórico en el cual se insertan, como en términos de las modalidades que pueden

adoptar (lugar en que se efectúan, tiempos de duración, perfil de terapeutas, instancias terapéuticas involucradas). Sin embargo, con el transcurso del tiempo, también se han producido intentos por hacer confluir estos abordajes integrando enfoques. Así por ejemplo, desde hace varias décadas que en EEUU se han estructurado programas terapéuticos en hospitales y centros de tratamiento ambulatorio, que combinan tratamiento médico para problemas físicos, con terapia psicosocial desarrollada a partir de la filosofía de los doce pasos de AA, la teoría psicoanalítica, la teoría del aprendizaje y las dinámicas de grupo (Blum, 1991). Como muestra de esto se puede nombrar al llamado modelo de Minnesota, desarrollado en el contexto del auge del concepto de enfermedad de los 60' y 70'. Este modelo de tratamiento fue adoptado a través de todo EEUU e incluye un período de desintoxicación, seguido de un programa de rehabilitación de 28 días y luego un seguimiento que enfatiza la abstinencia, la educación del paciente y el hacerse miembro de A.A. (Rivers & Shore, 1997; Stinchfield & Owen, 1998).

En la última década, en EEUU se ha hecho un especial énfasis en la posibilidad de trabajo en conjunto entre los abordajes no profesionales y los profesionales, lo que queda de manifiesto en las recomendaciones dadas en 1997 por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), la AAAP (Academia Americana de Psiquiatría de la Adicción) y la ASAM (Sociedad Americana de Medicina de la Adicción) (citado en Gálvez, 2001):

- Los pacientes que precisan tratamiento por trastornos producidos por alcohol u otras drogas, deben ser tratados por profesionales cualificados, consecuentemente con la práctica profesional previamente aceptada por el mundo científico.
- Los grupos de autoayuda (no profesionales), deben ser reconocidos como recursos comunitarios de valor para muchos pacientes en tratamiento, así como para sus familias.
- Los profesionales debieran mantener una relación de cooperación con los grupos de autoayuda.
- Las compañías aseguradoras y las entidades prestadoras de asistencia sanitaria deben ser concientes de la diferencias entre autoayuda y tratamiento.
- Los grupos de autoayuda no deben sustituir ni ser sustituidos por el tratamiento profesional, sino que ser entendido como un complemento de un tratamiento dirigido por profesionales.

Actualmente, hay intentos más formalizados de planteamiento de modelos que integren los aspectos destacados de cada uno de estos. A esto se le ha llamado razonamiento supraparadigmático, entre los cuales el llamado Modelo Matriz sería un ejemplo. Según

el NIDA (1999), el Modelo Matriz provee un sistema para lograr que los abusadores de estimulantes entren en tratamiento y ayudarlos a lograr la abstinencia. Los pacientes aprenderían sobre asuntos críticos de la adicción y de la recaída, recibiendo dirección y apoyo de un terapeuta entrenado, familiarizándose con los programas de auto ayuda, y bajo supervisión para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina. Además el programa incluye instrucción para los miembros de la familia afectados por la adicción. Los materiales del tratamiento se sostienen fuertemente en otros enfoques de tratamiento ya probados (NIDA, 1999).

La situación del conocimiento acerca de las formas que deberían tomar los tratamientos para ser efectivos queda bien ilustrada en los llamados “Principios orientadores para el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas de drogas” del NIDA (citado en CONACE, 2004a). Sin embargo, estos principios tienden a ser muy generales, poco precisos, y a estar lejos de una posible propuesta ordenadora de principios terapéuticos que permitan organizar un modo de intervención. Se pueden tomar, más bien, como un reconocimiento de un campo abierto y a ser desarrollado:

- No existe un único tratamiento apropiado para todos los individuos.
- Los programas de tratamiento deben estar disponibles y ser de fácil acceso.
- Un tratamiento es efectivo cuando responde a todas las necesidades de la persona y no sólo al uso de drogas.
- Los programas de tratamiento deben ser evaluados constantemente y modificados para que respondan a las necesidades cambiantes de las personas y su contexto.
- La consejería individual y grupal, además de las técnicas conductuales, deben ser parte importante de los programas de tratamiento.
- Para muchas personas drogodependientes, el uso de medicamentos es útil, pero siempre combinado con tratamiento psicoterapéutico.
- Las patologías duales deben ser tratadas en forma integral.
- El proceso de desintoxicación es sólo la primera etapa de un tratamiento para la dependencia a drogas, por si solo no tiene mucho valor.
- La admisión no necesita ser voluntaria para ser efectiva.
- Los programas de tratamiento deben evaluar a las personas para detectar VIH, hepatitis, TBC y otras enfermedades infecciosas y, a la vez, ayudarlos a cambiar conductas de riesgo.
- Los procesos de rehabilitación deben considerar las recaídas (lapsus) como parte del proceso de lograr la abstinencia. Se debe incentivar la participación en grupos de autoayuda.

Queda abierta la necesidad de seguir avanzando en conceptualizaciones que ayuden a elaborar estrategias de intervención para abordar esta problemática. En relación a los resultados asociados a los diversos tipos de tratamientos, existen diversas dificultades que han impedido llegar a conclusiones comparativas claras al respecto. En primer lugar, los pacientes tratados con distintos sistemas de tratamiento muchas veces pertenecen a grupos muy diversos. Así, por ejemplo, en Alcohólicos Anónimos y en muchas Comunidades Terapéuticas, se exige que los pacientes estén motivados para ingresar a los programas. Otro criterio de selección habitualmente utilizado, es el que los pacientes no presenten una patología dual. Puede haber otros factores que seleccionen implícitamente a los pacientes, como lugar donde se ubica el centro de tratamiento o el costo de éste. No cabe duda que el trabajar con un tipo de pacientes u otro hará más o menos dificultosas las intervenciones, y hará necesarias intervenciones de distinto tipo, lo que obliga a tener esto en cuenta al momento de evaluar los resultados. Una segunda dificultad se relaciona con el momento en el cual se realizan las evaluaciones de resultados. Dadas las características del fenómeno de la adicción, no es raro que los sujetos que han desarrollado una dependencia a sustancias tengan períodos de tiempo en los cuales, por diversos factores, su consumo disminuye, cambia o incluso se detiene. En este sentido, una evaluación de resultados en términos del consumo de la sustancia debe involucrar períodos de tiempo suficientemente largos como para que sea posible pensar que se trata de una recuperación estable. De otra forma, se puede evaluar como resultado positivo algo que no es más que un resultado temporal. Una tercera dificultad, más difícil de solucionar por ser propia de la investigación en este ámbito, apunta a la imposibilidad práctica de definir tratamientos que sean replicables. Este es un problema de toda la metodología asociada a la investigación en psicoterapia. No parece posible definir y protocolizar las intervenciones psicoterapéuticas, de forma de poder investigar sus efectos, al modo de los medicamentos. Si bien parece haber un ahuelo en este sentido desde parte de la psicología, existe una alta dificultad al momento de precisar y operacionalizar lo que ocurre en las sesiones psicoterapéuticas. Así, cuando se habla de terapia familiar, terapia psicoanalítica, intervenciones de grupo, prevención de recaídas, etc., es muy difícil estar seguros de que bajo estas categorías se están realizando intervenciones similares. Más bien se podría asegurar de que no. Una cuarta dificultad se

relaciona con cuáles son los objetivos que se considerarán parte de un tratamiento de adicciones. El elemento que históricamente ha estado en el eje de la mayoría de este tipo de tratamiento ha sido el de lograr la detención del consumo de las sustancias. Sin embargo, este es un punto que forma parte de una amplia discusión, ya que se plantea que los objetivos también podrían estar relacionados con mejorías en la calidad de vida, o en la resolución de conflictos inconscientes, y esto no necesariamente tendría que estar asociado a una detención del consumo, ni siquiera a su disminución. Este es un punto sobre el cual no parece haber acuerdo, habiéndose instalado una controversia entre la meta del beber controlado v/s la meta de abstinencia desde la década del 70' (Heather, 2006). A este respecto, actualmente la evidencia empírica indica que la meta a plantear deberá depender del tipo de relación que el sujeto ha establecido con la sustancia (Edwards, Duckitt, Oppenheimer, Sheehan, & Taylor, 1983; Miller & Baca, 1983; Miller, Leckman, Delaney, & Tinkcom, 1992; Rychtarik, Foy, Scout, Lokey, & Prue, 1987; Sánchez-Craig, Annis, Barnett, & MacDonald, 1984, citados en Heather 2006). Finalmente habría que agregar que más allá de estas dificultades nombradas, también se presenta el problema que la gran mayoría de los sujetos que han desarrollado una adicción no consulta (Blum, 1991; Cunningham & Breslin, 2004). En Chile se estima que un 82,2 % de los consumidores problemáticos de drogas ilícitas no declara desear tratamiento (CONACE, 2004b). Esto lleva a que, además de las formas y lógicas de los posibles abordajes terapéuticos, un importante punto a reflexionar sea el cómo facilitar la llegada a tratamiento de los pacientes que inicialmente no tienen una motivación para consultar. En este contexto se hace especialmente relevante la pregunta de cómo pasar de una consulta motivada por terceros, a una consulta donde en el paciente ha surgido una motivación propia para tratarse.

Capítulo 2: Psicoanálisis y adicciones

2.1 Freud y las adicciones

Desde muy temprano en la historia del psicoanálisis, ha habido autores interesados en buscar un entendimiento y una forma de tratamiento de las adicciones. En Freud no existe un abordaje teórico de la adicción a sustancias. Sólo hay alusiones, que tienden a plantear la adicción como efecto de algo que sucede en el plano de la sexualidad. Es así como, en el primer período de su obra psicoanalítica, en una carta a Fliess de 1897 plantea que la adicción a sustancias químicas como el “alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.” (Freud, 1897, p. 314) serían simples sustitutos de la que llama la “adicción primordial”, es decir, la masturbación (Freud, 1897). En un trabajo redactado dos meses después de esta carta, Freud vuelve a plantear esta idea diciendo que lo que hay a la base del desarrollo de una adicción a sustancias como la morfina, cocaína, clorhidrato, etc es la falta de una vida sexual normal, ya que “los narcóticos están destinados a sustituir – de manera directa o mediante rodeos – el goce sexual faltante” (Freud, 1898, p. 268). En estas dos referencias, el énfasis está colocado, a través del uso de sustancias químicas, en la posibilidad de obtener un goce capaz de sustituir al goce sexual. Esta formulación de una sustitución del goce sexual, Freud la realiza en el marco de la discusión en torno a la neurastenia. Por lo tanto, el planteamiento freudiano no alude al consumo de sustancias como un síntoma ‘psiconeurótico’, con un valor simbólico, sino a un efecto directo sobre el cuerpo del ingreso de sustancias. Algunos años después, en los *Tres ensayos de teoría sexual*, relaciona lo que podría ser una “potente motivación intrínseca por beber” (Freud, 1905, p. 165) con una niñez en que el valor erógeno de la zona de los labios estuvo constitucionalmente reforzado. En este caso sí busca una causa en la historia psicosexual del sujeto que explicaría el sentido de la motivación por beber en exceso. Es decir, el sujeto obtendría un placer a través de la ingesta de sustancias que tendría un significado anclado en su historia sexual. De esta forma, Freud oscila entre situar el consumo de sustancias del lado de las llamadas ‘neurosis actuales’, o entenderlo inserto en la ‘cadena asociativa’ que a través de la significación lleva a las experiencias del pasado infantil, o sea situado en el campo de las ‘psiconeurosis’. Esta diferencia en la ubicación del

fenómeno tiene gran importancia terapéutica, ya que Freud reservaba el uso del método analítico para los síntomas asociados a elementos psiconeuróticos. Es interesante que, a pesar de no ser objeto privilegiado de su método de tratamiento, Freud con los años no desestimó la categoría de ‘neurosis actuales’ como parte importante del entendimiento psicoanalítico (Freud, 1925, 1926). Para Freud, un abordaje terapéutico en relación a una neurosis actual debe tomar en cuenta intervenciones que operen sobre conductas relacionadas con la sexualidad del paciente que estarían sosteniendo los síntomas. En la medida que esto se acompañe de un nuevo encauzamiento de las energías sexuales, el éxito de la terapia se aseguraría (Freud, 1898). Estas ideas freudianas serán interesantes de tenerlas presentes al momento de analizar las posibles formas de intervención frente al consumo problemático de sustancias.

Por otra parte, se puede encontrar una referencia que Freud hace al pasar, y no con la intención de tratar el tema, que pone en tela de juicio esta relación entre sexualidad y adicción, marcando una diferencia cualitativa entre la forma de relacionarse del sujeto con el objeto sexual, y la forma de relacionarse con la sustancia química en el contexto de una adicción. Freud (1912) señala: “Prestemos oídos a las manifestaciones de nuestros grandes alcohólicos, Böcklin por ejemplo, acerca de su relación con el vino: suenan a la más pura armonía, el arquetipo de un matrimonio dichoso. ¿Por qué es tan diversa la relación del amante con su objeto sexual?” (p.182)

Freud plantea a continuación que habría que pensar que en la naturaleza de la pulsión sexual misma habría algo “desfavorable al logro de la satisfacción plena” (Freud, 1912, p.182), cosa que se daría de forma distinta en el vínculo con la sustancia en la adicción. En esta alusión de Freud encontramos una relación con la sustancia adictiva que parece permitir alcanzar un enlace logrado con ella, al menos aparentemente pleno. Este tipo de enlace lo considera inexistente a nivel de la relación con el objeto sexual, el cual sería un objeto perdido y no posible de volver a encontrar más que a través de sustitutos que siempre dejan abierta la dimensión de la insatisfacción para el sujeto (Freud, 1912). Se marca una diferencia entre el objeto en el plano de la sexualidad y el objeto droga. Es interesante el que sea justamente un posible desalojo del plano de la sexualidad en el

fenómeno de la adicción, uno de los planteamientos que se han desarrollado en las últimas dos décadas por psicoanalistas lacanianos.

Más adelante, en el *El malestar en la cultura*, al preguntarse por la posibilidad de alcanzar la ‘felicidad’ o evitar el dolor para el hombre y los obstáculos y recursos con los que el ser humano se encuentra en esta tarea, Freud hace una precisa referencia al uso de sustancias químicas. A su uso lo define como “el método más tosco, pero también el más eficaz” (Freud, 1930, p.77) al que se puede recurrir para evitar el sufrimiento, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no percibir el displacer. Esto se logra ‘influyendo sobre el organismo’. Es decir, treinta años después, Freud continúa pensando el uso de sustancias químicas desde el punto de vista del efecto químico sobre la biología del organismo, y no desde la perspectiva de un valor simbólico asociado a ellos. En este momento incluso parece aludir a una dinámica que no necesariamente se restringe a la idea involucrada en la noción de ‘neurosis actuales’, ya que el efecto sobre el organismo parece ser entendido de forma más amplia. Reconoce, además, los posibles peligros y daños relacionados con el uso de sustancias químicas, peligros y daños que asocia especialmente a la “dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos” (Freud, 1930, p.78). Sin embargo, no hay una referencia a las diversas formas de uso de las sustancias, o a la adicción propiamente tal.

Con respecto al tema del tratamiento en adicciones, en Freud habría sólo una referencia con respecto a un paciente que ha desarrollado una adicción, incluida en una carta del 3-10-1920 a Eduardo Weiss, psicoanalista asentado en Italia. En esta carta Freud señala “creo que es un caso malo, nada adecuado para el libre análisis. Para ello le faltan dos cosas, primero el cierto conflicto doloroso entre su yo y aquello que sus pulsiones le exigen, pues en el fondo está muy contento de sí mismo y sufre solamente por las resistencias de circunstancias externas. Segundo un carácter medianamente normal de este yo, que pudiese colaborar con el analista; procurará siempre, por lo contrario, despistar a este último, engañarle con falsas apariencias y dejarle de lado [...] Opino pues que no serviría para nada que acudiese a mí o a algún otro para un tratamiento

psicoanalítico. El que se hunda en sus disipaciones podría ser su futuro [...] en el peor de los casos, a gente como el Dr. A se la embarca para ultramar, digamos Sudamérica, y se le deja buscar y hallar allá su destino” (Freud, citado en Sillitti, 2000a). De esta forma, Freud pone en primer plano el tema de la ‘motivación’ a tratamiento, tema que se convertiría en uno de los principales tópicos en relación a a las adicciones en las últimas décadas.

2.2 Los postfreudianos

Plon y Roudinesco (1998) distinguen cuatro generaciones internacionales en la historia del psicoanálisis. La primera de ellas estaría compuesta por los primeros discípulos de Freud reunidos en Viena, e incluiría a Adler, Steckel, Ferenczi, Rank, Federn, Bernfeld, Nunberg, Sachs, Reik. Parte de esta generación, aunque no vieneses, serían Eitington, Abraham, Jones y Jung. A partir de 1918 se comienza a formar una segunda generación internacional, que incluye a Kris, Hartmann, Löwenstein, Reich, Fenichel, Klein, etc. Esta generación sería, a partir de la década del 30’, el componente esencial de la International Psychoanalytical Association (IPA). Esta segunda generación habría transformado la doctrina original a partir de una lectura centrada en la segunda tópica. La tercera generación accedió al freudismo a través de la lectura de los textos y sufrió las grandes escisiones producidas entre 1950 y 1970, provocadas por las disputas de escuela en relación a la interpretación de la obra freudiana y la técnica analítica. La cuarta generación sería la de diferentes grupos freudianos de todas las tendencias distribuidas en el mundo desde 1970, sean federativos, independientes, vinculados a la IPA o en transición a psicoterapias no freudianas.

Ya entre los integrantes de la primera generación se encuentra un interés por comprender el fenómeno de la adicción a sustancias químicas, intentando desarrollar teorías y prácticas al respecto. Esto continúa con representantes de las siguientes generaciones hasta nuestros días. Se han realizado diversas revisiones acerca de los planteamientos del psicoanálisis sobre las adicciones. La primera de ellas es la de R.M. Crowley, en 1938. Le siguen las realizadas por H.Rosenfeld, que data de 1964, y la de C. Yorke, en 1970.

Más actuales son las revisiones de J.L. Chaissaing, en 1998 y Héctor López del 2003 (López, 2003). Este último realiza una revisión de los planteamientos de lo que llama los “clásicos del psicoanálisis”, todos pertenecientes a las primeras dos generaciones, en relación al tema de las adicciones, categoría en la cual incluye a los más reconocidos en las revisiones periódicas que se realizan sobre el tema desde un punto de vista psicoanalítico. La revisión abarca desde el artículo de K. Abraham *Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo*, de 1908, hasta el artículo de H. Rosenfeld, *Sobre la adicción a las drogas*, de 1960. Otto Fenichel (1945), por su parte, realiza sus planteamientos incorporando lo señalado por diversos autores en base a una exhaustiva revisión de la literatura sobre el tema.

A partir de estas revisiones se puede constatar que el tema de las adicciones causó gran interés en la década del 20' y comienzos de la década del 30', en autores como S. Ferenczi, H. Sachs, S. Rado, H. Simmel, E. Glover, O. Fenichel, para luego disminuir la producción de trabajos hasta finales de la década del 50'. La experiencia de los autores incluye, como en el caso de H. Simmel, la estructuración de tratamientos para la adicción en instituciones orientadas especialmente a ese fin.

Estos autores elaboran diversas teorías en relación al fenómeno de la adicción que van desde el énfasis colocado por Abraham en la fijación en una etapa oral, hasta los planteamientos de H. Rosenfeld de la puesta en juego de mecanismos maníaco-depresivos. También se entiende a la adicción como un síntoma de conflictos neuróticos (por ejemplo la lucha con deseos homosexuales); ubicada en una estructura cercana a la perversión; como sustituto de la satisfacción sexual genital; como regresión a un ‘estadio gastrointestinal’; como tentativa de curación de anormalidades del psiquismo temprano; etc. (López, 2003).

Sin embargo, entre estos autores habría importantes diferencias en términos de la atingencia de los marcos explicativos conceptuales en relación a las dos características previamente planteadas como definitorias de la adicción, es decir, la falta de control o compulsión por consumir la sustancia, y el girar de los intereses del sujeto en torno a ella.

Abraham (1908) plantea dos formas en que el alcohol puede influir en el sujeto que lo consume. Por una parte, por la vía de su efecto químico, el alcohol debilita las sublimaciones y represiones permitiendo que aparezcan elementos perversos asociados a la sexualidad infantil, incluyendo aspectos sádicos y masoquistas. La influencia del alcohol podría incluso permitir la caída de la barrera del incesto. Vía la supresión de las inhibiciones, el alcohol funciona como un estímulo del complejo de masculinidad. Por otra parte, señala que el alcohol podría actuar ya no vía efecto químico, sino vía simbólica. En este sentido, las bebidas alcohólicas se podrían considerar símbolos de procreación y fertilización, ocupando el vino el lugar del semen. El tomar alcohol se identifica con el ‘ser hombre’. Estas dos vías de influencia que distingue Abraham, a pesar que pueden relacionarse entre sí entretrejiéndose, son de naturaleza completamente diferente. La primera es material y la segunda es simbólica. La primera es una consecuencia del consumo del alcohol, y la segunda podría verse como una conducta que permite cumplir el deseo, a través del consumo, de una identificación con una figura masculina, con lo cual funciona como explicación de la conducta. Esta última podría relacionarse con la dimensión del síntoma. Además de distinguir estos dos aspectos, Abraham hace una distinción entre la situación de la ingesta de alcohol (con o sin intoxicación), y la de ser lo que llama un “borracho consuetudinario”, claramente asociada a una adicción. Le parece que el mecanismo psíquico involucrado cambia en uno y otro caso. En el caso del “borracho consuetudinario”, Abraham piensa que se instala un mecanismo psíquico particular, que relaciona con la perversión: “Veo en esto una analogía con ciertas perversiones sexuales en las cuales un estímulo sexual, que normalmente hubiera servido como introducción al acto sexual, es puesto en el lugar de ese acto” (Abraham, 1908, p. 66). Desde este punto de vista, ya no se trata sólo de una facilitación de la aparición de pulsiones de la sexualidad perversa bajo la intoxicación, sino de la instalación, en forma permanente, de un sustituto de la satisfacción sexual. Abraham señala que en términos de Freud esto sería una “fijación de un fin sexual momentáneo”, como, por ejemplo ocurriría en el voyeurismo. Esta sería una tentativa de explicación del elemento compulsivo de la adicción, lo que le da la estabilidad al vínculo con la sustancia. Sin embargo, en contraposición a esto, Abraham continúa el artículo

planteando que el consumo de alcohol crónico habría que entenderlo como un síntoma cualquiera, como un representante simbólico de la actividad sexual perversa polimorfa reprimida, al igual que otros síntomas. Hay una oscilación, entonces, de parte de Abraham, entre considerar el alcoholismo como una manifestación perversa, o considerarlo un síntoma en el cual aparece la sexualidad a través de una manifestación deformada. Por otra parte, si bien el autor distingue el estado de la intoxicación del estado del “borracho consuetudinario”, no hace ninguna alusión a cómo se daría el paso desde un estado al otro. Tampoco aparece una alusión a una estructura psíquica previa que pudiera dar cuenta de estos fenómenos. Abraham culmina el artículo planteando que los factores externos no bastan para explicar la embriaguez. Haría falta un “factor individual” que quedaría por investigar.

Ferenczi, en 1911, en un artículo llamado *Papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia*, plantea un caso de un individuo alcohólico que padecía de “delirios de celos alcohólicos”. En este caso se distinguen dos hipótesis en torno al consumo de alcohol. Por una parte, se señala que la ingesta de alcohol rompe la sublimación en relación a la homosexualidad del sujeto. En este sentido se puede decir que continúa la hipótesis anteriormente planteada por Abraham, en referencia a la facilitación de las des-represiones por un estado de intoxicación. La segunda hipótesis se refiere a que el sujeto “se había dado a la bebida por la oposición insoluble entre sus deseos heterosexuales conscientes y sus deseos homosexuales inconscientes” (Ferenczi, 1911). Es decir, aparece aquí una concepción del consumo exagerado de alcohol como un intento de apaciguar los efectos de un conflicto psíquico. No se especifica por qué vía el consumo de alcohol se relaciona con este conflicto. Pareciera ser que se piensa en el consumo de alcohol como lo que permite alcanzar un alivio, vía el efecto químico, de la ansiedad concomitante al conflicto, y no como un síntoma en el sentido de un mensaje cifrado que se relaciona a través de una cadena asociativa con una escena, deseo, fantasía que permanece inconsciente. Hay una gran diferencia entre ambas alternativas, ya que la primera no hace referencia a una dimensión de transferencia de significado entre representaciones. En este sentido, el razonamiento a la base está mucho más cercano de la teoría del aprendizaje y el condicionamiento operante que del psicoanálisis, ya que lo que se produciría sería una

asociación entre el alivio de la angustia, la cual sí sería manifestación del conflicto inconsciente, y la ingesta del alcohol. Este razonamiento le permite a Ferenczi pensar que los esfuerzos terapéuticos deben ir dirigidos al tratamiento de los conflictos intrapsíquicos que están dando pie al establecimiento de una angustia que lleva a recurrir al consumo de alcohol para apaciguarla. Lo importante sería tratar los conflictos inconscientes, de manera de no dar pie a la aparición de la angustia que intentará ser calmada vía la ingesta de alcohol. Esto motiva su queja a la acción “unilateral” de las asociaciones antialcohólicas de la época que “intenta ocultar el hecho de que el alcoholismo es una consecuencia, grave por cierto, de la neurosis, pero no su causa” (Ferenczi, 1911a). En otro artículo de 1911, *El alcohol y las neurosis*, escrito con el fin de rebatir las críticas de Bleuler que apuntan hacia una etiología orgánica del alcoholismo, Ferenczi reafirma su tesis en relación al consumo de alcohol como una forma de apaciguar los efectos del conflicto psíquico. En este artículo coloca el ejemplo de una agorafobo que vía consumo de alcohol lograba tomar el coraje para cruzar el puente del Danubio. Agrega que al usar el alcohol como medicamento, “conscientemente y con éxito”, arriesgaba a caer en el “alcoholismo crónico” (Ferenczi, 1911b). En este último punto Ferenczi reconoce una posible evolución desde el consumo ocasional hacia la adicción al alcohol, como una categoría distinta. Si bien no explica la naturaleza del proceso que llevaría al alcoholismo crónico, parece dar por supuesto que un importante factor involucrado es simplemente lo recurrente del consumo.

H. Sachs, en su artículo de 1923, *Sobre la génesis de las perversiones*, se propone aclarar las particularidades y mecanismos de la perversión, que permitan distinguirla de los síntomas neuróticos. Siguiendo a Freud en su artículo *Pegan a un niño*, considera que para comprender la perversión es necesario tomar como referencia al complejo de Edipo. La pulsión parcial hiperintensa “nunca se continúa directamente hacia la perversión, sino que debe, como un haz de luz a través de una lente, atravesar el complejo de Edipo, obligándonos a determinar el ángulo de refracción y a extraer de allí nuestras conclusiones” (Sachs, 1923, p.1). Diferencia el síntoma neurótico de la perversión en que en el primero la fantasía queda bajo el influjo de la represión, y el producto es ajeno y hostil al yo; en la perversión, en cambio, la fantasía permanece susceptible de conciencia,

es decir, permanece conforme al yo y saturada de placer. Sin embargo, haciendo abstracción del signo opuesto de placer que los especifica, ambos tendrían mucho en común: serían retoños de la vida sexual infantil, representantes conscientes de pulsiones, intensificaciones y reforzamientos de procesos que también tienen lugar en la vida anímica normal. En este contexto, Sachs considera a las adicciones como un eslabón intermedio en lo que considera una serie continua encontrándose, en un polo, la satisfacción perversa y, en el otro, el síntoma neurótico. Para fundamentar esto parte de dos hechos clínicos centrales al momento de describir las adicciones. Por una parte, rescata que en los casos de adicciones “es tan manifiesto lo compulsivo, la subyugación del individuo por las fuerzas libidinales separadas del yo, que frecuentemente han sido considerados entre las neurosis obsesivas.” Por otra parte, “tienen en común con la perversión que no se trata, como en el caso del síntoma obsesivo, de un ceremonial indiferente para la conciencia – o más frecuentemente aún, de algo desagradable, sin sentido, que roba el tiempo – sino de un acto de satisfacción incuestionable” (p.3). Para Sachs, el vínculo al objeto droga sería producto del desplazamiento de la satisfacción del verdadero y originario camino sexual sobre algo inofensivo, no perteneciente a la sexualidad infantil, conformándose entonces el acto de consumirla como una satisfacción sustitutiva para un placer sexual reprimido. Esto “aproxima la toxicomanía al síntoma neurótico” (p.3).

Es interesante la concepción de Sachs, ya que intenta dar una respuesta al carácter de compulsivo, defensorio y específico de la adicción, relacionándolo con fuerzas libidinosas que han sido “separadas” del yo, al modo de las neurosis obsesivas. La diferencia con las neurosis obsesivas estaría en la cualidad de conciencia que acompaña al goce asociado, lo que la acerca a la perversión. Con esto ya se diferencia de lo planteado hasta ese momento por los autores psicoanalíticos, ya que intenta dar cuenta de las características clínicas propias de la adicción. Sachs, además, señala que este recurrir a la droga tendría un sentido reprimido, asociado a la sexualidad infantil. Sin embargo, no da una explicación del por qué de la droga como el objeto escogido, así como tampoco de la predilección por un objeto perverso en general. Reconociendo que sólo ha contribuido a aclarar el mecanismo y no el motivo, señala que esta elección perversa de predominio

de una pulsión parcial se debería a que ésta ha sido dotada de una fuerza superior a la normal, ya sea por razones constitucionales o a causa de experiencias especialmente satisfactorias. En el caso de la adicción esto es especialmente dificultoso de pensar, ya que es un objeto no presente en la niñez habitualmente (tal como Sachs dice, ya es un sustituto, lo que lo acerca al síntoma neurótico) y que, por lo tanto, obligaría a buscar las cadenas asociativas que lo ligarían con el objeto sexual de la pulsión infantil. Esto iría en contra del dato clínico del acotamiento del potencial adictivo a determinados objetos en la realidad. Sachs rescata otro elemento interesante para entender la clínica de la adicción. La característica de la cualidad de conciencia asociada a la satisfacción (que también encontraba en la adicción), propia de la perversión, implicaría que la represión, en un movimiento específico de la perversión, ha permitido que se conserve el placer ligado a un complejo parcial “integrándolo al yo, vale decir, ratificándolo” (p.5). Luego puntualiza que esta aceptación sería de una “parte del yo” (p.6), lo que se relaciona con la idea de pulsiones “separadas” del yo. Esto remite a un eventual mecanismo de escisión del yo, propuesto por Freud en ese mismo año y podría estar relacionado con las reacciones de arrepentimiento, vergüenza y autocondena luego de haber ejecutado la conducta que lleva a la satisfacción. Esta situación coincide con lo que Sachs considera que es la situación que se daría en las perversiones en el caso de sujetos que aceptan la satisfacción perversa a disgusto, y que probablemente situaría más bien en el centro de la serie continua, al igual como sitúa a las adicciones.

Sandor Rado, en su artículo *Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos* de 1926, distingue efectos que llama de “ayuda” de los intoxicantes, de los efectos de “gratificación”. La categoría de “ayuda”, a su vez, se puede dividir en efectos analgésicos y efectos estimulantes. La función de ayuda de los intoxicantes, en su vertiente analgésica, se relaciona con la posibilidad de ofrecer un escudo contra la estimulación interior que la naturaleza no proporciona. Se constituye en una nueva forma de defensa frente a las pulsiones. En su vertiente estimulante, se relaciona con la “promoción” de las funciones del yo, de manera que este pueda funcionar más libremente en relación a su triple vasallaje (ello, superyó y realidad). Ayuda a despejar los caminos para los propósitos estorbados,

apaciguando las influencias inhibitorias, especialmente tensiones producidas por la conciencia.

Por su parte, la función de gratificación de los intoxicantes tendría como objetivo llevar estados de regocijo que tendrían una naturaleza erótica evidente, para Rado “hay un acuerdo esencial entre la embriaguez tóxica ideal y el placer final que se obtiene en las actividades sexuales naturales, esto es, el orgasmo” (Rado, 1926, p., 37). A este efecto de las sustancias le llama “orgasmo farmacotóxico o farmacogénico”, y sería independiente del tipo de drogas usado. Lo que surgiría sería un nuevo tipo de gratificación erótica “que rivaliza con los modos naturales de satisfacción sexual” (p.38). El orientarse hacia la búsqueda de este orgasmo farmacogénico sería un proceso. Es decir, habría un ir “familiarizándose” con esta alternativa hasta llegar a una nueva situación para el sujeto. En esta nueva situación “el yo se alista a favor del deseo de intoxicación, y lleva así a la experiencia del orgasmo farmacotóxico toda la libido a su disposición. Cuando por una vez la intoxicación se ha convertido en un fin sexual, el sujeto ha caído víctima del deseo; rara vez consigue alguien detener el curso ulterior de los acontecimientos” (p.38). Es decir, Rado concibe con claridad que en el curso del recurrir a los “intoxicantes” se comienza a instalar una nueva forma de gratificación erótica, que rivaliza con las naturales, y que llega a adquirir una estabilidad y fijeza a nivel de las preferencias del sujeto. Es la adopción de este nuevo tipo de gratificación lo que lleva a que se genere una nueva situación libidinal y yoica: “Cuando una persona adopta la práctica de la gratificación farmacotóxica, sobrevienen graves consecuencias para todo su estado psíquico y somático [...] Los cambios se efectúan principalmente, por supuesto, en el dominio de la libido, pues la gratificación erótica por medio de drogas es un ataque violento contra nuestra organización sexual biológica [...] se deja de lado a todo el aparato sexual periférico, como en un ‘corto circuito’, y se permite que los estímulos excitantes operen directamente sobre el órgano central” (p.38). A este fenómeno a nivel libidinal Rado lo llama “metaerotismo”. La instalación de este metaerotismo socava la potencia genital, y luego conduce al apartamiento de los objetos amorosos reales, con lo que se aflojan las relaciones con la realidad salvo en lo que respecta a la droga, concentrándose todo el interés en la obtención de ella. El metaerotismo no sólo socava la

genitalidad sino que “despoja también de su valor a todos los otros modos naturales de lograr el placer, sustituyéndolos con el orgasmo farmacotóxico como medio de gratificación” (p.39). Esta situación lleva a la emergencia de las pulsiones pregenitales pudiendo llevar a la perversión manifiesta. En los casos graves la influencia sobre la vida mental puede llevar a “un estado mental sólo comparable a ciertos rasgos de las fases finales de la esquizofrenia” (p.41). La vida mental del paciente queda representada por la fórmula: deseo de intoxicación – intoxicación – efectos posteriores, conformándose un círculo vicioso. Con esto, el yo “queda totalmente subyugado y devastado por la libido del ello – casi podría decirse que es convertido nuevamente en ello; se ignora al mundo exterior y la conciencia se desintegra” (p.41).

Luego, Rado se pregunta: “¿qué clase de persona concibe el deseo de la intoxicación y lo sigue por la senda que conduce a la toxicomanía?” (p.43). En esta pregunta está implícita nuevamente la idea de una evolución en la relación con la sustancia hasta llegar a la toxicomanía. En primer lugar, señala que el factor más común en la etiología de los “deseos morbosos” es una frustración real de la gratificación. En este sentido, cualquiera de las neurosis puede entrar en la causación de los deseos morbosos. Sin embargo, habría “factores de propensión” que deciden lo que sería la “elección de una ‘fuga al deseo morbo’” (p.43). Lo que habría sería un punto de fijación específico que predispone al sujeto al deseo morbo, y este punto de fijación estará en lo que llama el “orgasmo alimentario”. El orgasmo alimentario sería el estado producido por el comer en abundancia y con deleite un alimento agradable que correspondería a los procesos fisiológicos de del comienzo de la digestión y la asimilación. Este estado mental estaría caracterizado por la sensación agradable de tener el estómago lleno y por una general y difusa sensación de bienestar en la cual participa el organismo entero y que le vale la denominación de orgasmo alimentario. La hipótesis de Rado es que el valor erótico de la zona oral debería ser atribuido, en realidad, al orgasmo alimentario. Este tipo de orgasmo representaría la forma original de la gratificación orgástica y, por lo tanto, se constituiría en rival de la genitalidad. Esta hipótesis lleva a la conclusión de que lo genital habría tomado su acción orgástica del proceso de nutrición. De esta forma, al recurrir a las drogas el ser humano logra volver al origen, a lo que dio la posibilidad de existencia de lo

genital: “Pero cuando el hombre descubrió el orgasmo farmacotóxico le hizo una mala pasada a la biología. Él también copió la función de la nutrición, desligó sus fenómenos tóxico-sexuales concomitantes de sus molestos requisitos alimentarios y elevó aquellos a la posición de un modo independiente de gratificación orgástica” (p.47). En este artículo, entonces, Rado ofrece una explicación a la característica clínica descrita en la adicción, relacionada con un comenzar a girar de los intereses vitales del sujeto en torno a la sustancia.

En su artículo *El psicoanálisis de la farmacotimia*, publicado siete años después, Rado discute la doble dimensión, psíquica y física, del consumo de sustancias. Distingue un momento relacionado con la decisión de utilizar las drogas, y otro momento relacionado con el efecto de las sustancias una vez que ya han ingresado al cuerpo. Por un lado señala que “debe admitirse que después de haber entrado las drogas hay, incuestionablemente, cierta semejanza con las infecciones” (Rado, 1933, p.74). Por otro lado plantea que “lo que hace un toxicómano de un individuo dado no es el agente tóxico, sino el impulso a utilizarlo” (p.74). Así, llega a una definición de las toxicomanías como “enfermedades psíquicamente determinadas, artificialmente inducidas; pueden existir porque las drogas existen; y deben su existencia a motivos psíquicos” (p.74). Luego, vuelve a la pregunta del escrito anterior, en relación a cuál sería la situación que lleva a que un sujeto eche mano a la intoxicación como alternativa. Plantea que habría un grupo de seres humanos en los cuales se daría un tipo especial de alteración emotiva como reacción a las frustraciones, al que llama “depresión tensa”. Ésta consistiría en una gran tensión penosa y, al mismo tiempo, en un alto grado de intolerancia al dolor, lo que llevaría al sujeto a concentrarse en la necesidad de alivio, el cual eventualmente podrá encontrar en el consumo de drogas. El efecto placentero farmacogénico sería el neto aumento de la autoestima y la elevación del estado de ánimo, es decir, “la exaltación” (elation). La producción de esta reacción en el yo sería esencial en la evolución de una farmacotimia y sería un intento de rescatar gratificaciones narcisistas históricamente perdidas, recuperando el yo su estatura narcisística original. Luego de este efecto placentero se produciría una vuelta a la realidad, volviendo a aparecer la situación afectiva que prevalecía en la depresión tensa, sólo que aumentada en sus características displacenteras.

Esto reforzaría el volver a buscar el placer farmacogénico, constituyéndose un curso cíclico. Con esto, se instala lo que Rado llama un “régimen farmacotímico” del yo (que opone a un “régimen realista”), una “entrega” del yo a este régimen. Este régimen farmacotímico “sigue un curso definido y restringe de modo creciente la libertad de acción del yo [...] se interesa sólo por un problema: la depresión, y tiene un solo método de encararlo, la administración de la droga” (p.79). La farmacotimia queda considerada como una “enfermedad” consistente en un trastorno narcisista, “una destrucción por medios artificiales de la organización natural del yo” (p. 79). Esto lleva a un apartarse de la actividad sexual y descuidar cada vez más las relaciones afectuosas. El placer farmacogénico sustituye al placer genital, lo que inicia una organización sexual artificial autoerótica y modelada según la masturbación infantil, facilitando una rica vida de la fantasía. Con esto, para Rado, se produciría una destrucción de la estructura psíquica mucho antes de que se cause algún daño a nivel físico. Esta situación podría llevar a la aparición de perversiones.

En resumen, Rado plantea que con el placer asociado al consumo de drogas surge un nuevo tipo de gratificación, al cual le sigue dando la connotación de erótica, pero que rivaliza con los modos naturales de satisfacción sexual. Luego agrega que esta gratificación está en estrecha relación con la recuperación de la satisfacción narcisista del yo. Esto lleva, a través de una evolución de un proceso que se da con el ingreso repetido de sustancias químicas al cuerpo en el tiempo, a un nuevo equilibrio, tanto a nivel libidinal como yoico. En términos de la organización de la libido, se produce un “corto circuito” que hace que el aparato sexual periférico quede fuera del recorrido y se llegue directamente al “órgano central”. A esto le llama “metaerotismo”. Esto hace que la droga se convierta en el objeto preferente de interés sexual y general del sujeto. A nivel yoico se produce una subyugación y devastación del yo. Este nuevo equilibrio, donde la droga juega un rol central en la afirmación del narcisismo lo llama régimen farmacogénico, con lo cual se resalta la característica de estabilidad de la nueva situación creada. Rado distingue dos niveles en este proceso. Uno psíquico, a través del cual se intentaría explicar por qué el sujeto recurre inicialmente al consumo de drogas. A este nivel da primero la explicación de un punto de fijación en lo que llama el orgasmo alimentario.

Luego lo explica a través del concepto de depresión tensa. A nivel físico, Rado reconoce que el ingreso de sustancias al cuerpo en forma sostenida, va produciendo una familiarización que finalmente lleva a la creación de este nuevo régimen libidinal y yoico. No queda claro qué sería lo que sucedería a nivel físico que produce esta situación de nuevo equilibrio, pero lo relaciona inicialmente con la producción de un círculo vicioso que involucra un primer movimiento de búsqueda de alivio al estado de sufrimiento a través de la ingesta de la droga y, un segundo movimiento, consistente en un aumento del sufrimiento una vez que el efecto ha cesado, que lleva a la puesta en acción del primer movimiento nuevamente.

Estas concepciones de Rado permiten dar cuenta de las características clínicas de lo ‘compulsivo’ en el consumo, así como del girar los intereses en torno al consumo de la sustancia. También rescatan la noción de una evolución desde el consumo no adictivo a la adicción. Distingue la aparición de un nuevo estado, o régimen, una vez que la adicción se ha instalado, que permite dar cuenta de una situación yoica y libidinal distinta de la que existía antes del desarrollo de la adicción. Es decir, concibe esta situación final como un producto de esta evolución en la relación con las sustancias. Si bien plantea al placer producto del consumo de drogas como “erótico”, resalta la diferencia que se produce con la gratificación sexual normal. Es decir, no parece pensarlo como un placer sexual encubierto, sino como un placer de una cualidad diferente, que implica un corto circuito en relación a la sexualidad. Por último, reconoce dos aspectos, o incluso podríamos decir momentos, en la adicción, uno psicológico y otro físico. A través del primero se intentaría explicar lo que lleva a poner en marcha el proceso de consumo de drogas. El segundo daría cuenta del proceso que lleva a que se instale la adicción con sus nuevos equilibrios.

Aparentemente, Rado considera que este efecto que lleva a que la intoxicación quede en el lugar del fin sexual, puede tener alguna reversibilidad en la medida que deja de ingresar la droga al cuerpo, ya que recomienda, como primera medida terapéutica, retirar la droga totalmente, de preferencia en un hospital y con apoyo psicoterapéutico para evitar los peligros potenciales de violencia y suicidio (López, 2003).

E. Simmel, es otro autor considerado clásico que se preocupó del problema de la adicción a las drogas y alcohol. En 1926 creó el sanatorio Tegel que se convirtió en un lugar en que se ocupaban los métodos freudianos en el tratamiento de adicciones, psicosis y neurosis graves (Plon & Roudinesco, 1998). Todo el personal tenía formación psicoanalítica. Simmel no creía, al igual que Ferenczi, en los tratamientos que apelan al control de la voluntad, y a la abstinencia compulsiva del tóxico. Esto, debido a que los pacientes obtendrían de este combate un placer similar al que obtenían precedentemente de su batalla contra la masturbación infantil. En 1949, en *Alcoholismo y adicción*, Simmel plantea la diferenciación en cuatro tipos de bebedores crónicos. Las dos últimas categorías corresponderían a adicciones. En el alcohólico neurótico el beber sería un síntoma de su miseria neurótica. El alcohol disuelve la ansiedad y triunfa sobre la interferencia del superyó. Además habría un elemento simbólico involucrado (por ejemplo, no sería lo mismo tomar de un vaso o de una botella). En el alcohólico adicto habría una regresión a un “estadio gastrointestinal”, donde domina la pulsión agresiva-oral más primitiva. Por lo tanto en Simmel sí habría una distinción entre distintas formas de usar las sustancias (López, 2003). Sin embargo, no parece haber una explicación a nivel psíquico de la adicción propiamente tal. El planteamiento de una regresión a un estado “gastrointestinal” es oscuro. Resalta la facultad como sustancia química del alcohol de aliviar la angustia y producir placer, lo que, al igual que en Ferenczi, tiene más relación con la teoría del refuerzo y el condicionamiento operante que con un síntoma asociado a una situación que posea “idoneidad determinante” (Freud, 1896, p.193). De todas formas es interesante la diferencia entre la adicción en que se utiliza la sustancia para aliviar la angustia, y la adicción en que el vínculo con la sustancia parece quedar inserto en una lógica distinta del alivio de la angustia, en una lógica que parece intentar apuntar a estratos más básicos de funcionamiento.

Glover también se interesó por el problema del consumo de drogas y alcohol. Fue pionero del psicoanálisis en Gran Bretaña y uno de los principales responsables del estallido de la British Psychoanalytical Society (BPS) que desencadenaría la división en los annafreudianos, los kleinianos y los independientes. Fuerte cuestionador de los

postulados de M.Klein luego de tener un origen cercano a estos planteamientos (Plon & Roudinesco, 1998). Su obra más importante sobre el tema sería *Sobre la etiología de la toxicomanía*, de 1932. Antes de este artículo escribió, en 1928, *Sobre la etiología del alcoholismo*. En este artículo (Glover, 1928), Glover propone una concepción regresiva de la libido, explicando el alcoholismo como una vuelta a un punto de fijación en la etapas sádico-oral y anal. Esta dificultad en el desarrollo de la libido lleva a que se tenga dificultades a nivel de la etapa genital. Por una parte, los impulsos genitales hacia los objetos preservan una cualidad arcaica sádica; por otra, su reacción a la frustración y la desilusión es muy severa. Su libido genital se empobrece y la angustia de castración hace naufragar las tendencias sexuales incestuosas. Con esto, se establece una tendencia a la regresión. Así, la necesidad de sobreponerse a las excesivas cargas de angustia de castración se convierte en un factor importante para llevar al sujeto al consumo de alcohol. En las primeras fases del alcoholismo crónico esto se logra parcialmente, pudiendo el sujeto compensar por esta vía la insuficiencia interna o impotencia. Sin embargo, cuando se llega a una situación en la que el yo queda dañado permanente o temporalmente, la ansiedad vuelve a irrumpir en forma masiva. A estas dificultades en el desarrollo libidinal, Glover agrega que en el alcohólico habría un yo sobrecargado con libido narcisista, y una relación con el superyó que lo lleva a tender a buscar situaciones en las que el yo es castigado por la conciencia moral. Así entonces, el alcohol sería escogido como un sustituto de la sexualidad (surrogate of sexuality), un método que permite aliviar las presiones de la represión y revertir el proceso de la sublimación por medio de las conductas alcohólicas. Sería una especie de “seudoperversión” (Glover, 1928, citado en Santiago, 2001). En estos planteamientos referidos a una sustitución de la sexualidad por las conductas alcohólicas de Glover, encontramos dos momentos. El primero, aparentemente ligado a un consumo cuyo fin es el apaciguar la angustia, y que cumpliría su objetivo dadas las características químicas del alcohol. El segundo, cuyos efectos se ven a largo plazo, involucraría un “cortocircuito” sexual en el cual la conducta alcohólica reemplaza a los fines sexuales, y que tendría una estructura similar a una perversión. Nuevamente, entonces, tendríamos una primera forma de consumo asociada a un aprendizaje, en el sentido de asociar la ingesta de una sustancia con el alivio de la angustia, y un segundo momento en el cual la sustancia se instala de manera fija en el

lugar propio de la sexualidad, por un mecanismo no aclarado, que tendría la característica de lograr romper el circuito sexual.

En el artículo de 1932, Glover deja de lado la concepción regresiva de la libido para explicar la toxicomanía, ocupando ahora la teoría de las relaciones de objeto con el fin de definir un mecanismo etiológico específico de la toxicomanía. En oposición a la regresión plantea el concepto de progresión (“progression”), como necesario para entender algunos estados psicopatológicos. La progresión implica que los estados psicopatológicos son exageraciones de fases normales con el fin de vencer la angustia. Desde este punto de vista, la adicción a drogas se podría considerar frecuentemente como una maniobra exitosa. Esto lleva a que los esfuerzos terapéuticos se dirijan más bien a las estructuras subyacentes y no a las superestructuras clínicas. Critica la visión de la adicción como basada en puntos de fijación de la libido, ya que considera que esta visión pone el acento en factores pre-estructurales, que pudieran ser calificados de constitucionales o predisponentes, sin necesidad de utilizar el término fijación. La fijación, más bien, habría que pensarla como fijación a una o más de una serie de posiciones nucleares. Le parece que habría que buscar una etiología específica a la adicción en estados primitivos pero que no sean pre-estructurales. En este sentido, el recurrir al consumo de drogas tendría aspectos reactivos y defensivos y representaría una transición entre la fase de desarrollo psíquico más primitivo y la fase neurótica posterior. La toxicomanía es concebida como una variante privilegiada de lo que llama “estados transicionales”, que serían organizaciones del yo tempranas y polimorfos. En la toxicomanía habría una fijación a un “sistema edípico transicional” (transitional Edipus system), ubicado entre los núcleos edípicos primitivos, que producen las angustias paranoides o melancólicas, y el núcleo edípico portador de las reacciones obsesivas más tardías. Los diferentes tipos de adicción a drogas representarían distintas variaciones en la estructura del yo primitivo y en los mecanismos empleados para controlar la excitación. La toxicomanía cumpliría la función de dominar las cargas sádicas. El estado transicional toxicómano sería intermediario entre la paranoia y la neurosis obsesiva. Tomando en cuenta la preservación del sentido de realidad, la toxicomanía mantendría lazos con la neurosis, en particular con el fetichismo, logrando así defenderse del estrato paranoide

subyacente. De esta forma, la toxicomanía quedaría emparentada con la formación perversa. Tanto en la toxicomanía como en la perversión, se asistiría al mantenimiento del sentido de realidad después del proceso de libidinización, que suspende o anula, por la neutralización del sadismo, los sistemas de miedos irreales, fracasando los índices de realidad sólo en lo relacionado con la droga (en el caso de la adicción), o del fetiche (en el caso del perverso). El recurrir a las drogas o al fetiche serían posibles respuestas, cuando durante la vida adulta se reanima o exagera una angustia precoz. Habría una fantasía específica, en relación a la cual la toxicomanía se presenta como una especie de condensación de dos sistemas primarios. En uno habría una destrucción y luego una reparación de los órganos del cuerpo materno. En el otro, la madre destruiría y repararía en seguida los órganos del cuerpo del niño. Estas fantasías también representan sistemas de masturbación. En esta concepción de Glover, la droga quedaría reducida a un objeto parcial. Dependiendo si predomina un aspecto sádico o un aspecto reparador, la adicción sería más nociva o inocua (Santiago, 2001). Glover relativizaría la importancia del factor tóxico en sí mismo y señalaría la facilidad con la cual la dependencia puede desplazarse hacia un sustituto. Cualquier sustancia, en particular “sustancias psíquicas”, podrían funcionar como una droga, extendiendo la noción de droga a “sustancias tóxicas intrapsíquicas” como las que se puede encontrar en el discurso melancólico, siguiendo a Freud en *Duelo y melancolía* (López, 2003). Vemos cómo, en esta segunda concepción de Glover, la recurrencia a un consumo adictivo de sustancias se basa en el planteamiento de una estructura psíquica pre-mórbida como factor necesario de estar presente. El lugar privilegiado que pasa a ocupar la sustancia en la economía psíquica parece dejar de asociarse a sus características químicas y su capacidad de actuar como refuerzo, para quedar en un lugar equivalente al del objeto fetiche. En este sentido, en el recurrir a las drogas se alcanzaría una satisfacción sexual deformada. Sin embargo, una diferencia importante entre el fetiche y la droga sería la presencia de la dimensión simbólica en su elección como objeto. En la droga esta dimensión no parece estar presente, con lo cual vuelve a quedar alejada de la significación. Aquí Glover parece seguir su razonamiento anterior en el que se planteaba la importancia de la capacidad de producir determinados efectos sobre la psique, los que se producen por una vía material y no simbólica. Esta capacidad les daría su potencial valor adictivo.

Esta visión de Glover lo lleva a colocar un importante énfasis en el tratamiento de estos aspectos psíquicos pre-mórbidos en el caso de pacientes que han desarrollado una adicción. En un artículo de 1931, *Prevención y tratamiento de la toxicomanía*, que sería un trabajo colectivo, el informe de una reunión común entre la sección de Psiquiatría de la Sociedad Real de Medicina y la Sociedad para el Estudio del Alcoholismo (Chassaing, 1998, citado en López 2003), Glover haría las siguientes afirmaciones: es imposible curar una adicción sin ocuparse de sus causas profundas; en este sentido, los elementos narcisísticos subyacentes y las tendencias paranoides, son de vital importancia; la dependencia de la droga es en gran parte psicológica; el psicoanalista exige la suspensión de todo juicio moral sobre la adicción a la droga; la droga tiene una incidencia sobre el erotismo orgánico.

De esta manera se continua con la antítesis planteada por Ferenczi, si bien con distintos marcos teóricos, entre un abordaje que intenta ‘quitar’ la droga, y uno que intenta curar los elementos ‘a la base’ de la adicción. Esta, que podría considerarse una falsa disyuntiva, seguirá siendo parte de la polémica a nivel de tratamiento de adicciones hasta nuestros días.

Entre 1932 y 1945 sólo resaltaría R.P. Knight, con varios artículos (*Psychoanalysis of Hospitalized Patients*, Bull Menninger Clin., I, 1937; *The Dynamics and Treatment of Chronic Alcoholic Addiction*, ibid, 1937; *The psychodynamics of Chronic Alcoholism*, 1938), sobre el paciente hospitalizado y la psicodinámica del alcoholismo, pero que no aportan nuevos elementos a la discusión acerca el entendimiento de las adicciones (López, 2003).

Otto Fenichel, en 1945, publica su libro *Teoría General de las Neurosis*, desarrollando en parte de un capítulo llamado “Perversiones y neurosis impulsivas”, el fenómeno clínico de la adicción a las drogas, integrando concepciones de diversos autores psicoanalíticos. Allí hace una distinción entre las perversiones y los impulsos mórbidos, por una parte, y los síntomas compulsivos, por otra. La diferencia entre ambas categorías tendría que ver

con la forma en que se siente el impulso apremiante. En la perversión e impulsiones, el impulso se siente como sintomático del yo en el momento de la excitación, “como algo que quiere hacer con la esperanza de alcanzar un placer positivo” (Fenichel, 1945/1964, p. 415). En las perversiones, en particular, habría un carácter sexual que hace que cuando se ha cedido a los impulsos patológicos se produzca el orgasmo. Fenichel, coloca la adicción a las drogas como una categoría dentro de las “neurosis impulsivas” y no como parte de las perversiones. En este sentido, la diferencia del objeto fetiche, el cual equipara simbólicamente con el pene, en una estrategia inconsciente de negar la castración. Según Fenichel, el objeto fetiche puede ser un objeto de poco valor intrínseco, que vía la valoración fetichista cobra una inmensa importancia.

En relación a la adicción a las drogas, Fenichel hace varias afirmaciones interesantes de revisar. Plantea que al igual que en los demás impulsos patológicos, en la adicción a las drogas habría una “necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual, sino también seguridad y evidencia de la autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma de la persona” (Fenichel, 1945, p. 481). Es decir, para pensar en la adicción sería necesario recurrir a la búsqueda de algo relacionado con la dimensión del narcisismo, que queda definido de forma poco precisa. Reconoce, además, una diferencia con una adicción a otras actividades, o “adicción sin drogas”, y que las hace más complicadas. Esta diferencia sería la presencia de “los efectos químicos de las drogas” (Fenichel, p. 481). Luego, hace alusión al vínculo particular que existiría entre el adicto y la droga, que tendría el carácter de imperativo, a diferencia de lo que podría ser un consumo no adictivo. Es decir, reconoce la posibilidad de establecer distintos tipos de vínculo con las sustancias, siendo sólo uno de ellos, el que tiene un carácter imperativo, el que define la adicción. También destaca una ‘evolución’ en este vínculo con la sustancia: “Inicialmente, el paciente pudo haber buscado nada más que consuelo, pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad, que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia, en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular todo otro interés” (Fenichel, p. 481). Es decir, diferencia un momento en que se busca ‘consuelo’; otro en que se persigue satisfacer una ‘necesidad interior’; y un tercero en que se anula

todo otro interés que no sea la droga. La dependencia parece quedar asociada a los dos últimos momentos. En este pasaje vuelve a retomar la importancia del “efecto químico” planteado anteriormente. Sería a este efecto que la persona se haría “dependiente”. No se aclara la naturaleza de esta dependencia, aunque sí parece asociada a un efecto material más que simbólico. El problema de la adicción se reduciría a i) la naturaleza de la gratificación específica obtenida, químicamente inducida ii) las condiciones que determinan el origen del deseo de esta gratificación. A este segundo elemento Fenichel le da toda la importancia etiológica, señalando que los adictos tendrían una “predisposición” a usar los efectos químicos como una forma de “satisfacer el arcaico anhelo oral que es al mismo tiempo anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima” (Fenichel, p. 482).

Así, entonces, para Fenichel sería la estructura psicológica del paciente, su personalidad pre-mórbida, el factor esencial. El efecto producto del consumo de la droga sería un sustituto de una satisfacción sexual y narcisista. Esta predisposición tendría relación con que, dada una personalidad pre-mórbida particular propia de los adictos a la cual estaría asociada una falta de tolerancia a la tensión, al dolor, la frustración y las situaciones de espera, el efecto de la droga sería sentido como alimento y calor. El efecto de la droga en sí mismo sí influiría en la evolución del proceso, ya que después de este efecto, por razones tanto fisiológicas como psicológicas, el dolor y la frustración se harían más intolerables, dando lugar a un uso más intenso de las drogas, conformándose así un círculo vicioso. Es decir, Fenichel sí reconoce un rol del efecto químico como un segundo momento en este proceso. Esta evolución llevaría, con el tiempo, a un quiebre de la organización genital y el inicio de una “extraordinaria regresión”. En este estado final la libido queda transformada en “una energía amorfa de tensión erótica sin características diferenciales o formas de organización” (p.482), todos los demás impulsos son reemplazados por el “anhelo fármaco-tóxico”, y desaparece todo interés por la realidad que no se relacione con el hecho de procurarse la droga. La tendencia que lleva a este estado final y que sería “la esencia de la adicción a las drogas”, estaría “arraigada en una dependencia oral frente a los suministros externos” (Fenichel, p.483). Junto a la satisfacción erótica se presentaría, en esta situación, un extraordinario incremento de la

autoestima que daría cuenta de la vuelta a un estado donde coinciden las satisfacciones sexuales con las narcisísticas.

En resumen, Fenichel, tomando los planteamientos realizados por los autores psicoanalíticos hasta ese momento, señala como mecanismo de la adicción una tendencia, dada por una estructura de personalidad pre-mórbida, a buscar en los efectos químicos de las drogas una satisfacción oral dependiente de suministros externos, junto a satisfacciones narcisísticas. Esto diferenciaría el consumo de un simple uso con fines de “consuelo”. A su vez, el efecto químico de las drogas, después del momento de “elación”, devolvería al sujeto a un estado de malestar mayor que el previo al consumo, lo que llevaría a una escalada que intensifica cada vez más este consumo. Esta dinámica lleva a un estado final, aparentemente influido por los efectos químicos de las drogas, de quiebre de la organización genital y regresión extrema a una retirada de la libido de los objetos de la realidad, salvo de la droga y las circunstancias reales envueltas para conseguirla. Este es un estado en que vuelven a coincidir los impulsos sexuales con las gratificaciones narcisistas. Para Fenichel, es este estado final el que podría explicar la relación que otros autores han hecho entre la adicción a las drogas y los estados maníaco-depresivos. El momento de “elación” estaría asociado a un estado de “manía artificial”, que luego sería seguido de la “depresión de la mañana siguiente”. Finalmente, la elación se haría cada vez más corta, en tanto que la depresión va tomando un carácter permanente.

Siendo congruente con el reconocimiento de un efecto químico que intensifica los malestares asociados a la situación pre-mórbida dando origen a un círculo vicioso, Fenichel considera la situación de abstinencia del consumo como la ideal para comenzar el trabajo terapéutico. Por esta razón considera que los adictos debieran ser analizados en instituciones más que como pacientes ambulatorios. El lograr esta abstinencia no es algo menor, ya que el sujeto obtiene un placer del consumo al cual no es fácil que esté dispuesto a renunciar. Habiendo detenido el consumo, la terapia analítica debiera profundizar y permitir que se elaboren los aspectos pre-mórbidos.

En la década del 50' se produciría un cuestionamiento acerca de la utilidad práctica de los tratamientos analíticos en las adicciones, siendo los informes de Knight en relación a los resultados negativos obtenidos en la clínica Menninger en EEUU relevantes en este sentido (Florenzano, 2002). Esta dificultad explicaría la disminución de publicaciones en esta época (Rosenfeld, 1978, citado en López, 2003). A partir de 1960 las publicaciones tendrían un alto grado de dispersión lo que las haría difíciles de clasificar en torno a ejes claros (López, 2003).

H. Rosenfeld publica en 1960 *Sobre la adicción a las drogas*. Plantea que en el adicto confluirían, haciendo difícil el manejo terapéutico, una condición mental previa y la intoxicación y confusión provocadas por las drogas. La droga tendría para el adicto, por una parte, un significado simbólico asociado a fantasías inconscientes y, por otra, un efecto farmacotóxico que incrementa y altera los mecanismos maniaco-depresivos utilizados, así como aumenta la omnipotencia de los impulsos. Los mecanismos maníacos llevarían al uso de la idealización, identificación con objetos ideales y la negación de las ansiedades persecutoria y depresivas, así como las fases destructivas en la adicción se relacionarían con aspectos destructivos de la manía. Los aspectos depresivos llevarían a la idea de la ingesta de la droga como la incorporación, debido a la culpa, de un objeto muerto o enfermo. Señala, como un elemento muy importante, el mecanismo de escisión del yo, que puede hacer que el paciente se comporte como si fuera dos o más personas distintas. La debilidad del yo del adicto estaría en relación con la severidad de este proceso de escisión del yo. Para el autor, esto es tan importante que enfatiza que el pronóstico del tratamiento psicoanalítico de un adicto dependería de la posibilidad de ayudar al paciente a integrar las partes disociadas del self (H.Rosenfeld, 1960).

Para hacer un análisis críticos de los planteamientos hasta este momento en la historia del psicoanálisis sería, en primer lugar, necesario resumir estos planteamientos categorizándolos del siguiente modo:

a) Por una parte, están los planteamientos relacionados con el efecto de la intoxicación sobre el sujeto. Hay un énfasis en que la intoxicación por sustancias puede producir

manifestaciones perversas puntuales (Abraham; Rado; Glover). No se hace una alusión a la adicción propiamente tal, ya que la intoxicación se puede dar asociada a cualquier patrón de consumo. Sólo habría, vía la química de las sustancias, una debilitación de las defensas.

b) También existen señalamientos que rescatan un significado inconsciente asociado al uso de sustancias, las cuales pasan a tener un significado simbólico (Abraham; Simmel, Glover, Rosenfeld). Tampoco esto pretende ser una explicación de la adicción a sustancias, ya que este significado puede estar presente en las distintas formas de relacionarse con las sustancias químicas.

c) Un grupo de planteamientos se basa en la distinción de la adicción como una situación particular de relación con las drogas, básicamente definida por una fijeza en la relación con la sustancia. Aquí se formulan distintos mecanismos para explicar este estado en el sujeto:

- un mecanismo perverso (Abraham). La fijeza de la pulsión con un objeto específico seguiría el modelo perverso
- un mecanismo situado entre lo neurótico y lo perverso (Sachs, Fenichel). Si bien se intenta explicar la fijeza de la relación con el objeto a través de la perversión, se reconoce que clínicamente la situación tiene elementos que no participan de una perversión y se encuentran del lado de la neurosis. Sachs agrega la participación de una escisión del yo en este proceso, como forma de poder sostener la dualidad
- la instalación de un mecanismo nuevo de satisfacción sexual (Freud; Rado; Glover). Se produciría, al instalarse la adicción, un corto circuito con la esfera de la gratificación sexual, pudiendo obtenerse ésta de forma “central”. De esta manera se entraría en una rivalidad con los modos naturales de satisfacción sexual
- un mecanismo de regresión (Freud; Abraham; Simmel; Rado; Glover; Fenichel): inicialmente se intenta explicar la fijeza de la relación con la

sustancia como una regresión a puntos de fijación de la libido, especialmente pensando en el alcoholismo y la etapa oral. Glover intentará situar mejor el tema de la regresión, señalando, desde un punto de vista de las relaciones objetales, que la regresión se produciría a una posición estructural de la organización psíquica, más que a una zona erógena. Los planteamientos de H.Rosenfeld habría que situarlos como siguiendo esta línea de pensamiento.

- d) Otro conjunto de planteamientos se refieren a los efectos de la instalación de una adicción en el sujeto (Rado; Glover, Fenichel). Éstos, a diferencia de los efectos de la intoxicación, son estables en el tiempo y tienden a ser progresivos en las dificultades que provocan. Se hace una distinción entre los aspectos libidinales y los aspectos yoicos de estos efectos. Paulatinamente se iría llegando a un estado que implica un deterioro tanto a nivel de la organización de la libido como de las funciones del yo, en sus relaciones con la realidad, lo pulsional y el superyó. Se plantea un estado final caracterizado por dificultades extremas que son referidas como devastación del yo, muerte del sujeto, impotencia, extrema regresión, desorganización total, etc. Esta situación final depende de la evolución de la relación con la sustancia.

- e) La idea de una evolución, o un proceso que se da a partir del contacto con la sustancia es también compartido por varios de los autores (Ferenczi; Rado; Glover, H.Rosenfeld). Clínicamente es imposible negar la situación de adicción como un lugar de llegada luego de un consumo en el tiempo de las sustancias involucradas, y no como un fenómeno que surge en forma instantánea. Además, dependiendo de las sustancias y la edad del sujeto que consume, el tiempo necesario para que la adicción se desarrolle variará. El mecanismo del proceso involucrado en la instalación de la adicción tiende a quedar no explicado. Por una parte, a pesar del marco psicoanalítico de todos los autores revisados, pareciera haber implícita una explicación a nivel del condicionamiento operante, en el sentido que la conducta que permite el ingreso de la sustancia al cuerpo se ve reforzada por el alivio de la angustia previa presente en el sujeto o por la gratificación narcisista asociada a la

“elación”. A través del refuerzo de esta conducta de búsqueda de la droga, refuerzo que se produce gracias a las características químicas de las sustancias, se iría produciendo un fuerte vínculo con la droga. Más allá que se describa y explique en términos psicoanalíticos el estado mental previo, lo que produce la ligazón con la droga sería este mecanismo reforzante de alivio de la angustia o de producción de una gratificación narcisista a través de la “elación”. Algunos autores agregan a esto el que el sujeto queda involucrado en círculo vicioso, consistente en que como efecto del término del alivio farmacológico, se vuelve a un estado de malestar mayor que el inicial. De esta forma, se reconoce la participación de los efectos químicos sobre el funcionamiento biológico del cuerpo como centrales en la instalación de la adicción. Lo propiamente psicológico tendría que ver con la configuración de la situación previa, que ha llevado a que se requiriera recurrir a las sustancias químicas adictivas con el fin de obtener el alivio. En este sentido, la etiología queda situada a nivel de lo psíquico, y la vía de acción a nivel de lo químico. Esta dualidad en la constitución del fenómeno de la adicción seguirá presente como un punto difícil de conceptualizar tanto a nivel teórico como práctico. Se tiende a combinar una explicación de lo que sería el fenómeno pre-mórbido, ya sea a nivel de fijación o de estructura, con el fenómeno biológico que a través de un proceso fisiológico va estableciendo una fijeza entre el sujeto y la sustancia química. El ámbito en el cual se juega el establecimiento de esta fijeza tiende también a tener contradicciones en su conceptualización, entendiéndose como formando parte de la sexualidad, por una parte, y reconociendo que rivaliza con ésta, por otra. Es decir, se oscila entre ver la droga como un objeto sexual sustitutivo y verla como un objeto que opera en un ámbito que en su conjunto sustituye a la sexualidad.

Ahora veremos lo ocurrido en las últimas décadas en lo referente al planteamiento de las adicciones dentro del psicoanálisis, de manera de relacionarlo con lo ya revisado. Johnson (1999), en un intento por dar una visión de conjunto de los planteamientos psicoanalíticos más modernos, propone la distinción de tres grandes líneas en relación a los trabajos sobre adicción desde una perspectiva psicoanalítica en los últimos años. Estas tres perspectivas son planteadas como explicaciones frecuentemente coincidentes y

complementarias. Cada una de estas dinámicas podría aparecer de forma más destacada como fuerza motivacional dependiendo del momento y sus características. Tomadas en forma conjunta representarían un marco de referencia sólido desde el cual escuchar a los pacientes. Los tres puntos de vista sobre la adicción que serían recurrentes en la literatura psicoanalítica y en la literatura sobre la adicción remitirían a

- a) la adicción como una enfermedad mediada biológicamente
- b) la adicción como una respuesta frente a la incapacidad para tolerar los afectos
- c) la adicción como un objeto transicional o su equivalente.

La perspectiva biológica será revisada en detalle en los apartados siguientes. Desde la perspectiva de la adicción como una manera de responder a una incapacidad de tolerar los afectos, se nombra a Khantzian (1985) como uno de sus representantes principales. Su trabajo se considera como una ampliación de los trabajos de los psicólogos del Self, especialmente Kohut. Plantea que las drogas serían una forma de aliviar el sufrimiento, teniendo un grado de especificidad en relación a los diferentes afectos, a lo que se llamó la hipótesis de la auto-medicación. La opinión de Khantzian se vería confirmada por estudios prospectivo longitudinales (Kushner, Sher & Erickson, 1999, citado en Johnson, 1999). Más adelante, el mismo Khantzian propondrá cambiar la hipótesis de la auto-medicación por la consideración de las adicciones como un desorden de la auto-regulación, colocando el énfasis en el intento de ejercitar el control omnipotente sobre la experiencia de desvalimiento y confusión que implican un afecto no controlable (Khantzian, 2005). Dodes (1990,1996, citado en Johnson, 1999), por su parte, relaciona la adicción con una vulnerabilidad narcisística a sentirse abrumado por experiencias de impotencia/indefensión, asociadas a una dificultad en la reafirmación del Self. Esta intolerancia hacia los afectos estaría relacionada con fallas tempranas en el desarrollo del yo. Zinberg (1975) y Cristal (1988, 1995; Cristal y Raskin, 1981) coinciden en una falla temprana, pero Cristal considera el autocuidado como habiendo sido prohibido por una figura parental excesivamente controladora. La opinión de Kantzian está confirmada por un estudio prospectivo longitudinal (Kushner, Sher, & Erickson, 1999, citados en

Johnson, 1999), que demuestra una relación causal recíproca a lo largo del tiempo entre los desórdenes de ansiedad que llevan a la dependencia de alcohol y viceversa. Este estudio va contradiciendo otros que muestran que los desórdenes afectivos serían una consecuencia en lugar de un precursor de la adicción (en Shukit, 1988, citado en Johnson, 1999). Podría decirse que esta línea de pensamiento sigue, en términos generales, los planteamientos de Glover (1932) y parte de los de Rado (1933), es decir, una perspectiva que busca como causa psicológica de la adicción la temprana estructuración de una situación psíquica que llevará a buscar alivio al malestar psíquico a través del uso de sustancias químicas.

Desde una perspectiva del objeto transicional, Winnicott relaciona la constitución psicopatológica de la adicción a una regresión a una etapa en que los fenómenos transicionales son irrecursables, perjudicando un normal desarrollo en la transición a relaciones de objeto maduras (Winnicott, 1967, citado en Moscoso & Vidales, 1998). Wurmser (1995 citado en Johnson, 1999) describe el terror a la separación y considera la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva en parte como un intento de mantener una conexión con los objetos. Las adicciones las concebiría como neurosis severas, en las cuales la relación del yo con un superyó cruel sería un factor de importancia (Acuña, 2004). Johnson (1993 citado en Johnson, 1999) plantea la hipótesis de que los niños que luego sufrirán adicciones no internalizarían la permanencia del objeto durante el período preedípico, teniendo así un temor específico a que sus impulsos agresivos se vuelvan aterradoros. Con esta concepción relaciona la adicción con los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas.

Balint plantea (1979) una relación entre la adicción al alcohol y el narcisismo. El anhelo de sentir una “armonía” en su relación con el ambiente sería la causa más importante del alcoholismo o de cualquier otra forma de adicción. En este mundo armónico no habría personas u objetos de amor o de odio, no habría demandas de otros ni compromisos libidinales. El sujeto recurriría a alcanzar esta armonía a través del alcohol, debido a que sus relaciones objetales serían intensas, fluctuantes e inestables. El choque con los intereses de los demás lo sentirían como algo intolerable, lo que los llevaría a intentar

retirar prácticamente toda su libido objetal, refugiándose en un estado narcisista. Esta situación es la que se buscaría aliviar con el consumo del alcohol.

Desde una perspectiva que incluye la dificultad para tolerar los afectos y la relación con el objeto transicional, Mc Dougall plantea el comportamiento adictivo como una solución a la intolerancia afectiva, asociándolo con el fenómeno de la alexitimia: “Comencé desde entonces a preguntarme si la meta de los comportamientos adictivos no era oscurecer y alejar de la conciencia experiencias psíquicas intolerables e irreprimibles, porque la fuerza de los afectos en juego y su naturaleza conflictiva provocaban confusión. Muchos años después, cuando me interesé por el concepto de alexitimia, reconocí inmediatamente el fenómeno que ya había observado antes: la incapacidad para distinguir un afecto de otro” (McDougall, 1995, p.113). El objeto en la adicción sería experimentado “como esencialmente ‘bueno’, como una promesa de placer y atenuación temporaria de la angustia, incluso como lo que da sentido a la vida. Se considera que la economía psíquica que subtiende el comportamiento adictivo dispersa los sentimientos de cólera, incertidumbre, aislamiento, culpabilidad, depresión, o cualquier otro estado afectivo de intensidad insoportable para el sujeto. Se trata entonces de un objeto idealizado, pues se le atribuye el poder de resolver mágicamente las angustias y el sentimiento de muerte interna” (1998, p. 242). Una vez descubierto el objeto se sentiría la necesidad imperiosa de recurrir a ellos de inmediato para atenuar las experiencias afectivas. Esto se convertiría en un síntoma sólo cuando se instala como el único remedio para soportar el sufrimiento.

Siguiendo los planteamientos de Winnicott, McDougall entiende a la actividad o la sustancia adictivas como sustitutos del objeto transicional. Estos objetos no logran producir la introyección de un ambiente que asume el quehacer materno por lo que sólo resuelven momentáneamente la tensión afectiva. Serían soluciones “somáticas” en lugar de psicológicas. Distingue tres tipos de estados psíquicos amenazantes: i) ansiedades neuróticas, relacionadas con el derecho a tener relaciones amorosas y sexuales, y con el placer narcisista en el trabajo y las relaciones sociales ii) estados agudos de angustia, a menudo de naturaleza paranoide, o estados de depresión con sentimientos de muerte interna iii) angustias psicóticas inconscientes, con temor a la fragmentación y al vacío.

Para McDougall, la intensidad de la compulsión, que considera parte esencial de la adicción, dependería de la naturaleza de los estados psíquicos a combatir y de la extensión de los vacíos para llenar. La autora agrega que a la búsqueda de alivio de un estado psíquico, el consumo adictivo tiene como significado el planteamiento de un desafío al objeto maternal interno (“Ya no te escaparás, ahora soy yo quien te controla”); un desafío al padre interno (“Me importa un comino lo que ustedes piensen de mí o mis actos, ¡váyanse todos al diablo!”); y un desafío a la muerte (“A mí nada me toca, la muerte es para los otros”. La elección del objeto adictivo estaría en relación a los períodos del desarrollo del sujeto en los cuales hubo una falla en la integración de los objetos bienhechores. Desde esta perspectiva, la noción de “relación adictiva” no sólo incluye la relación del sujeto con sustancias químicas: “Este tipo de escisión en la realidad psíquica pudo predisponer a las personas a que manejen los sentimientos de irrealidad y vaciedad de un modo adictivo. En lugar del objeto transicional de la infancia, con su capacidad para tranquilizarles, el niño que hay en estos adultos puede seguir buscando objetos transitorios, drogas, rituales sexuales, otras personas en una interminable búsqueda compulsiva que sólo proporciona un alivio temporal [...] Tales relaciones pueden considerarse adictivas, en el amplio sentido de la palabra, ya que la dependencia respecto al otro es extrema, aunque el otro sea tratado como una sustancia más que como una persona [...] Como en la drogadicción, existe una profunda ambivalencia hacia el objeto de la necesidad, así como un sentimiento de incapacidad para tolerar, elaborar y, finalmente, resolver las tensiones emocionales” (McDougall, 1994, pp. 78-80). En este sentido sigue la línea originalmente abierta por Glover, en la cual el efecto propio de las características químicas de las sustancias no queda en un primer plano del entendimiento del fenómeno. La “relación” adictiva sería un tipo de vínculo con el objeto que da un marco previo que posibilita la posterior entrada del objeto droga en esta estructura relacional.

Es interesante cómo la autora reconoce la dificultad en el trabajo clínico con este tipo de pacientes, distinguiendo lo que sería el trabajo analítico propiamente tal, de lo que sería el trabajo para interrumpir el vínculo con las sustancias. Las motivaciones para ambos tipos de trabajo también serían de muy distinta índole, lo que lleva al planteamiento de una

separación en las instancias terapéuticas en unas dirigidas a la manifestación de la adicción y otras dirigidas a la modificación de la estructura: “El paciente que solicita un análisis para librarse de sus tendencias adictivas plantea un problema especial, porque lo que persigue a menudo un paciente así no es un conocimiento de sí mismo más profundo, sino una voluntad –más fuerte que la suya- que evidentemente somos incapaces de darle. El psicoanalista o la terapia psicoanalítica no reemplazan ni a los ‘Alcohólicos Anónimos’ ni a ningún centro de tratamiento para drogadictos. El tratamiento por el psicoanálisis es potencialmente eficaz únicamente cuando el paciente desea verdaderamente descubrir por qué él o ella recurre al objeto adictivo a la primera señal de estrés. Es necesario subrayar que la experiencia de la ruptura con cualquier tipo de adicción permite al analizado realizar descubrimientos a lo largo del viaje analítico. En la medida que las recaídas son más la regla que la excepción, puede ser interesante para el analizado elaborar los sentimientos de heridas narcisistas y libidinales que le empujan a la trampa de la adicción. El análisis de tales experiencias revelará en ocasiones traumatismo precoces de la primera infancia, así como la organización de la personalidad y la economía psíquica que se desarrollan más adelante, dejando al niño (que sigue viviendo en el interior de la psique adulta) desprovisto de los recursos internos adecuados para dominar el desencadenamiento de sus emociones” (McDougall, 1995, pp.115-116).

El entendimiento del fenómeno de la adicción como una manifestación de una estructura subyacente parece llevar inevitablemente al planteamiento de diferentes tratamientos realizados en distintos niveles. La necesidad de un tratamiento para el nivel ‘sintomático’ en el caso de las adicciones, se relacionaría con que el método psicoanalítico aparecería como prácticamente infructuoso para producir modificaciones en este ámbito. Otra dificultad clínica tendría que ver con la profunda “escisión” de la imagen de sí mismos propia de pacientes que han desarrollado una adicción: “escindir la imagen de sí mismo en dos: una parte encierra el mundo secreto y subjetivo del niño, mientras que la otra se pliega a las exigencias del mundo externo. Este segundo self es un falso, aunque vital self; es decir, una adaptación al mundo exterior, pero separado de la íntima realidad psíquica del niño” (McDougall, 1994, p. 78). Esto lleva a que en la relación terapéutica se corra el riesgo de acceder a sólo uno de los aspectos de la escisión, quedando parte

importante de la vida psíquica del paciente fuera del material de las sesiones: “con ciertos pacientes estas barreras defensivas contra el pleno reconocimiento del afecto, o su rápida descarga en la acción, pueden pasar a menudo desapercibidos en el encuadre analítico durante muchos meses [...] Puede suceder que el analista tampoco sospeche que estos analizados están evacuando psíquicamente los problemas que se les presentan, y que en lugar de afrontarlos sienten una incontrolable necesidad de medicamentos, de comida, de tabaco, de alcohol, de opiáceos, etc. Otros pacientes se entregan a frenéticas proezas sexuales de carácter compulsivo y a veces desviado” (McDougall, 1995, p. 113). Por otra parte, dada esta escisión, la autora destaca un elemento clínico de gran importancia en la situación del paciente que ha desarrollado una adicción y que será retomado más adelante; este es el que a pesar del involucramiento en la relación adictiva, el sujeto no pierde completamente la visión de lo que está sucediendo: “los sujetos que buscan una ayuda psicoterapéutica por problemas adictivos no son totalmente alexitímicos: aun cuando su angustia se dispersa rápidamente gracias a la utilización de la solución adictiva (especialmente en el caso de abuso de diversas sustancias), siguen siendo conscientes del sufrimiento que intentan hacer desaparecer, así como del que les impone su adicción” (McDougall, 1995, p. 114). Estos planteamientos parecen seguir la idea de Sachs de las “fuerzas separadas” del yo, y estar en continuidad con las formulaciones de H. Rosenfeld sobre la importancia central a nivel terapéutico de la posibilidad de aminorar la escisión involucrada.

También desde desarrollos postkleinianos se ha intentado explicar el fenómeno clínico de las adicciones relacionándolo con la estructuración narcisista. Meltzer (1974), define adicción como “un tipo de organización narcisista de las estructuras infantiles que debilita y puede desplazar totalmente la parte adulta de la personalidad en el control de la conducta. Su estructura central consiste en las partes infantiles ‘buenas’ que han desviado su dependencia de las figuras parentales y la han colocado en la parte ‘mala’ del self, en un primer momento como una forma de refugio ante el sufrimiento depresivo en la posición esquizoparanoide, pero más específicamente como una defensa ante la vivencia de terror en relación a los bebés del interior de la madre que han sido matados por celos posesivos, rivalidad edípica y temor al destete. La estructura interna de la adicción

consiste en una esclavitud a formas cínicas de pensamiento que profanan los objetos buenos y los expelen (manía) o los entierran en las heces (repesión). En esencia, la dependencia de los objetos buenos es reemplazada por la pasividad hacia las partes malas del self, bajo el signo de la desesperación. En el proceso de esta sumisión, todo sufrimiento mental relacionado con el continuo esperanza-desesperanza es obviado” (Meltzer, 1974, pp. 213-14). Se ve cómo a partir de la definición del fenómeno entra rápidamente en una explicación que se fundamenta en una posición estructural y formas de relación objetales particulares a la adicción. Además, esto que llama la “estructura interna” de la adicción encontraría su expresión en la perversión de cualquier modo de relación o actividad en el mundo externo, entendiendo el impulso perverso como la tendencia a alterar lo bueno para convertirlo en malo, conservando la apariencia de bueno, desafiando delictivamente todo juicio que se base únicamente en criterios descriptivos. En este sentido, el sustantivo perversión se considera como una categoría nosológica para referirse a una organización de la conducta cuya metapsicología tiene la estructura narcisista planteada. Para Meltzer esta estructura, en su funcionamiento analítico, provoca un tipo de particular de transferencia y contratransferencia, tendiendo a descolocar al analista del rol acostumbrado y convertir el procedimiento en otro con una estructura de la tendencia adicta. En el análisis de las adicciones y perversiones aparecería una corrupción del complejo edípico, al nivel genital o pregenital, ya sea objeto parcial o total: “el objeto combinado ha sido dividido, el deseo ha sido reemplazado por la excitación, la parte destructiva de la personalidad ha tomado el control para crear una organización narcisista. A no ser que esa organización de la personalidad sea continuamente reparada mediante relaciones introyectivas en el mundo externo – con los padres, amigos, esposa o marido, hijos, instancias de la comunidad, religión, análisis - el deterioro hasta la psicosis es inevitable” (p. 221). Luego, Meltzer puntualiza que estos pacientes acudirían al análisis con la intención de aprender a modular su conducta para ser capaces de continuar con su hábito sin peligro de interferencias. Esto, debido a que consideran sus perversiones o adicciones como más reales que sus relaciones sociales. Para Meltzer, entonces, la adicción queda situada en un lugar similar a la perversión, y depende de una estructuración narcisista específica en su base. Reconoce el que existe una evolución de la situación en la medida que esa

organización no es continuamente reparada, que puede llevar a un desastre mental como la psicosis.

D.Rosenfeld (1976), en esta misma orientación de la teoría de las relaciones objetales desde una perspectiva kleiniana, también explica el fenómeno de la adicción desde la existencia de estructuras narcisistas subyacentes asociadas a modos y mecanismos particulares de relacionarse con los objetos. Resalta un aspecto específico de la defensa maníaca cual sería la degradación y desvalorización del objeto. Habría fantasías inconscientes ligadas al drogarse, lo que hablaría del significado simbólico de la droga. Reconoce que en el paciente adicto que se droga se produce una “disociación exagerada” (D.Rosenfeld, 1976, p.82) que lleva a tener que estar atento a lo que no trae a sesión, muchas veces constituido por conductas de acting out o fantasías suicidas. La posible relación entre adicción y perversión también ha sido abordada por otros autores dentro de esta misma orientación teórica (Garzoli, 1996; Dupetit, 1996; Ríos & Ríos, 1996).

Kernberg (1975) describe distintas funciones que puede cumplir la droga en un contexto de consumo adictivo. Puede reemplazar a una imago parental en la depresión o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o alimentar un sentimiento grandioso del self en el narcisismo. También plantea la importancia de incluir la respuesta caracterológica del individuo a los efectos de la droga como una consideración importante en la evaluación del impacto de las drogas. En sus planteamientos sobre diagnóstico estructural (Kernberg, 1987) ubica a la adicción en la categoría de ‘neurosis y adicciones por impulso’ como parte de los síntomas descriptivos particularmente importantes al momento de definir a la organización límite de la personalidad.

Khantzian (2005) plantea que en los últimos cinco años, existirían nuevos planteamientos dentro del psicoanálisis que permitirían hablar de nuevos paradigmas en el entendimiento de las adicciones. Los autores a los que hace referencia serían Lisa Director y Noelle Burton. Sin embargo, Director (2002; 2005) se mantiene dentro del marco de entendimiento de la adicción como un síntoma de conflictos psíquicos y relacionales, colocando todo el énfasis en el estado omnipotente subyacente con efectos sobre el self o

los otros, pareciendo seguir el concepto de 'elation' de Rado. Burton (2005), por su parte, intenta explicar el abuso de sustancias desde un modelo de la 'multiplicidad de los estados del self y 'organizaciones del self-en-relación-a-otros'. La dualidad 'disociación' v/s 'asociación' juega un rol importante en esta concepción. Es interesante la idea de que los deseos de consumo de las sustancias son dependientes de un estado móvil, y que debido a la disociación no sea posible de mantener en la misma conciencia los deseos por recuperarse y los deseos por consumir la sustancia. Se vuelve a colocar en primer plano la 'escisión' de H.Rosenfeld y el Dr Jeckyll y Mr Hide de su paciente. De todas formas, los planteamientos de estos autores no parecen implicar un cambio paradigmático en la concepción de las adicciones.

A modo de síntesis de las formulaciones desarrolladas desde los años 60', se puede decir que a partir de H.Rosenfeld, y basándose en planteamientos que se puede considerar tienen sus raíces, al menos en parte, en señalamientos de Rado y especialmente de Glover, las principales perspectivas psicoanalíticas en torno a la adicción han intentado dar cuenta de una situación psíquica estructural pre-mórbida. Sería esta estructuración psíquica, basada en dificultades tempranas del desarrollo, conceptuadas de diversas formas según la teoría posfreudiana específica que sirva de marco referente, la que explicaría el recurrir a las sustancias químicas como una forma de salida frente a estas dificultades. La adicción queda entonces en el status de síntoma de esta situación psíquica con anclaje en la infancia. No aparecen con claridad los razonamientos, que sí se encuentran en los clásicos, referidos a los procesos fisiológicos que la droga produce con su entrada al organismo, y que pudieran producir, en el tiempo, un cambio a nivel del funcionamiento neurofisiológico que pudiera cuenta de algunas de las características clínicas de la compulsión a consumir propia de la adicción. Tampoco se discuten los planteamientos referidos a las relaciones que tendría el objeto droga con el plano de la sexualidad. La droga parece quedar referida simplemente a un objeto parcial dentro del mundo de relaciones objetales del sujeto. Los interesantes cuestionamientos en relación a una posible sustitución del plano sexual quedan olvidados. Tampoco vuelven a aparecer con nitidez los planteamientos relacionados con la instauración de una situación psíquica con características particulares en los sujetos que han desarrollado una adicción, situación

psíquica que pudiera explicar parte de los fenómenos psicopatológicos presentes al momento de producirse la consulta o evaluación clínica. Esto último parece remitir a un importante problema de método, ya que de considerarse que el desarrollo mismo de la adicción va generando un nuevo estado psíquico (libidinal, yoico, superyoico) con características estables, es decir, más allá de la intoxicación propiamente tal, no sería válido metodológicamente intentar inferir a partir de este estado los conflictos o estructuras propios a la adicción. La interpretación de la “rica vida de la fantasía” mencionada por Rado, provocada por el estado psíquico en una adicción desarrollada podría llevar a conclusiones erróneas en términos de las relaciones causa-efecto.

Esta visión de las relaciones entre estructura psíquica y adicción quedan reflejadas en el intento de síntesis que realiza Johnson, en los puntos referidos a la adicción como una forma de lidiar con los afectos, y a la adicción entendida como un objeto transicional o su equivalente. Sin embargo, el autor debe incluir un tercer punto con el fin de poder dar cuenta de las características clínicas del fenómeno de la adicción, el referido al entendimiento de la adicción desde una perspectiva neurobiológica. Sólo tomando en cuenta este ámbito logra explicar lo relacionado con lo compulsivo del consumo. En términos técnicos le parece imprescindible usar las tres perspectivas para lograr comprender e intervenir con los distintos casos. Si bien se plantea la necesidad de utilizar todas las perspectivas no hay una integración de las explicaciones y comprensiones en los distintos niveles, sino que más bien quedan como visiones alternativas importantes de tener presentes. En este sentido, los autores de las últimas cuatro décadas no parecen resolver las relaciones entre las nociones de inconsciente, estructura psíquica, síntoma, perversión, y deseo compulsivo de consumir drogas en la adicción. Los problemas formulados en las primeras décadas del psicoanálisis en relación a la adicción parecen seguir presentes. En alguna medida, incluso se podría decir que la forma de plantearlos ha perdido complejidad y riqueza en lo que atañe a las relaciones entre lo psíquico y lo somático. Esta relación parece muy importante de ser esclarecida para poder dar cuenta del fenómeno clínico.

Este problema en el entendimiento psicoanalítico de las adicciones es reconocido y resaltado en una revisión realizada desde seguidores del enfoque Modular-Tranformacional de Bleichmar (Bleichmar, 1999). Con el fin de poder ordenar las formulaciones psicoanalítica en torno a las adicciones, Ingelmo et al (2000) proponen distinguir, en toda dependencia a drogas, dos niveles psicopatológicos claramente diferenciados: un nivel psicopatológico común y otro específico. El nivel común se sitúa en el plano descriptivo y tiene como elemento central el deseo compulsivo de consumir la(s) sustancia(s). En el nivel específico los elementos centrales serían los estados emocionales y las angustias que determinan el consumo, así como las causas de esos estados emocionales y angustias. A esto agregan el significado inconsciente que el consumidor atribuye a su experiencia con la droga. La mayoría de las contribuciones desde el psicoanálisis haría referencia a este nivel específico, preocupándose de precisar los estados emocionales y angustias que estarían en la base del consumo, ya sea como conflicto intrapsíquico o como déficit estructural. Para los autores, el colocar el psicoanálisis el énfasis en este segundo nivel ha llevado a que se constituya uno de los “mitos mayores del psicoanálisis de las drogodependencias” (p.3), cual sería el que el consumo de drogas sea considerado siempre como un síntoma y nunca como un problema primario. Al hacer alusión a un “problema primario” sin duda que los autores están refiriéndose a una posible explicación en el plano de lo biológico, más allá de sus determinante psíquicos. A partir de esta división en dos niveles que ha atravesado los planteamientos psicoanalíticos, también las intervenciones quedan formuladas como dirigidas al ‘aspecto’ de la adicción o al ‘aspecto’ de la estructura subyacente (psicoanalítico).

En resumen, la revisión de los planteamientos posfreudianos arroja una serie de intentos de conceptualización del fenómeno adictivo de parte de los llamados clásicos. En estos intentos se observa la búsqueda de una explicación que pueda dar cuenta de las características clínicas de la adicción, lo que indefectiblemente lleva a la necesidad de preguntarse por las interrelaciones entre los aspectos fisiológicos y los aspectos psíquicos. Se tiene especial cuidado de diferenciar la adicción de la perversión, de buscar entender la evolución del cuadro buscando los posibles dinamismo fisiológicos y

psíquicos, de no confundir los efectos del desarrollo de la adicción sobre la psiquis con lo que podrían ser sus posibles causas, etc. Esta complejidad parece perderse en los desarrollos a partir del año 60', colocándose todo el énfasis en un planteamiento de conflictos o estructuras psíquicas que explicarían el consumo adictivo al modo de un síntoma de ellos. En los últimos años, probablemente amparado en los desarrollos de la investigación biológica, parece haber un intento por recuperar el aspecto biológico involucrado en las adicciones, pero sin lograrse una real integración en la comprensión del fenómeno.

2.3 Lacan y el concepto de droga

Mas allá de algunas referencias iniciales acerca del tema de las adicciones entre las cuales se encuentra la idea freudiana de dificultades en la etapa oral como base del fenómeno de la adicción (Lacan, 1977), Lacan hace su más conocida, aunque extremadamente breve, formulación en relación al tema de la droga en 1975, en una conferencia acerca de la importancia de los carteles en la Escuela. Allí, Lacan dice “la única definición que hay de la droga, y este es el motivo de su éxito, es que la droga es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el pequeño-pipí, el matrimonio del sujeto con el falo” (Lacan citado en Tarrab, 2000a, p.87). Este señalamiento de Lacan hay que entenderlo en el contexto de los desarrollos teóricos de Lacan de la década del 50' sobre la noción de falo, desarrollos herederos del debate en torno a la noción de falicismo que ocupó a los psicoanalistas alrededor de los años 1920-30. En los seminarios IV y V, Lacan quiere resaltar la falta de objeto como constitutiva para el ser humano, retornando en este punto a las ideas de Freud. La noción de objeto falo implica la apertura de una dimensión imaginaria del objeto que lo hace distinto del pene y que lo enlaza a la falta como castración simbólica (Lacan, 1998). Esta imagen fálica se relacionaría con el efecto en el plano simbólico de la paternidad a través de lo que llama la ‘metáfora paterna’. Este desarrollo lo continúa en el año siguiente realizando una revisión del Edipo el cual considera marcado por tres tiempos (Lacan, 1999). Para Lacan el objeto imaginario y luego significativo falo, es esencial para abrir paso al plano de la significación,

definiéndolo como “el significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante” (Lacan, 1989b, pp.669-670). Por lo tanto, la ruptura a la que alude Lacan es una ruptura con el plano de la significación. El surgimiento de la significación se enlaza a la ley instaurada a través de la metáfora paterna que a su vez tiene efectos en tres ‘tiempos’ sobre el sujeto. En este sentido, el recurrir a la droga podríamos entenderlo como un intento de dejar de hacer el objeto inaccesible, enredado en representaciones simbólicas e imaginarias, y volverlo presente. Las relaciones entre los planos de lo real, lo imaginario y lo simbólico seguirán siendo un cuestionamiento primordial para Lacan hasta el final de su enseñanza (Miller, 1998).

Los conceptos lacanianos han sido tomados por diversos autores, tanto para la elaboración teórica del fenómeno de la adicción como para pensar en sus implicancias terapéuticas. Le Poulichet (1990), sosteniendo una visión crítica de los planteamientos posfreudianos que buscan una estructura de personalidad propia de la toxicomanía, señala que bajo el emblema de la ‘dependencia psíquica’ el fenómeno de la toxicomanía resultó psicologizado según un modelo que toma prestadas las mismas creencias vigentes en una vieja medicina positivista. Así, la tentativa de ‘comprender la personalidad del toxicómano’ o de establecer una psicopatología de la toxicomanía suelen aparecer bajo esta forma: “tendencia al narcisismo, yo débil, yo fijado definitivamente en el estadio oral, inmadurez afectiva, nada de genitalización” (Hanus, citado en Le Poulichet, p. 35). También critica las aproximaciones que buscan encontrar un sentido al consumo de sustancias de la toxicomanía: “Así, ciertas derivas implícitas se consuman con demasiada facilidad: de la fármaco-dependencia a una dificultad en la relación de dependencia primaria con la madre, o también del ‘síndrome de falta’ (que surge en los primeros tiempos de una desintoxicación) a una relación ‘del toxicómano’ con la falta [...] una forma de complacencia teórica que tiende a presentar ‘la toxicomanía’ como una ilustración de la pulsión de muerte. ¿No será ‘la toxicomanía’ un objeto demasiado seductor para cierto psicoanálisis aficionado a buscar con ligereza el sentido de fenómenos que desbordan el campo psicoanalítico?” (Le Poulichet, 1990, p.49). La droga

no podría ser asimilada simplemente ‘al objeto’, por lo que esta no podría verse interpretada, historizada o explicitada del lado del Edipo.

Para la autora, los distintos toxicómanos presentan estructuras psíquicas diferentes. Lo específico en la adicción sería el recurrir a lo que llama una “operación del farmakon” (p.50), lo que la diferenciaría del uso de drogas. Si bien con el uso de drogas se puede lograr los efectos propios de las sustancias, ya sea efectos alucinógenos, estimulantes o euforizantes, éstos no se configuran a nivel de la operación del farmakon. Con esta operación se designa la especificidad “del acto que precisamente crea una toxicomanía.” (p.51). En la operación del farmakon se produciría un ‘repliegue narcisista’, repliegue a través del cual se intentaría ligar las excitaciones debido al fracaso de una ligazón más estructurante, a una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes. Esta operación del farmakon, además, crea las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias. La operación del farmakon representaría lo que Freud llama una “cancelación tóxica” del dolor y una restauración de un objeto alucinatorio. Sobreviene como una respuesta a una falta de elaboración del cuerpo, o del cuerpo pulsional, ambas ligadas a una insuficiencia de la función simbólica. Que algo se haya constituido como un ‘intolerable’ que no pueda ser asumido dentro de una realidad simbólica sería una condición fundamental para que se sostenga una operación del farmakon.

De esta forma la operación del farmakon neutralizaría todo reto de castración y se consumiría al margen de la dimensión del lenguaje. Este circuito del tratamiento del dolor narcisista no recurre al rodeo del Otro: consistiría “en un tratamiento del cuerpo que, en su lazo, anula una división, burla una esquizis propia del sujeto hablante” (p. 72). Se trataría de un dispositivo de urgencia que se presenta en una dimensión esencialmente ‘económica’. Esta sería una operación básicamente conservadora, que protege a una forma de narcisismo, ya que actúa en el nivel de la tensión que se establece entre el yo y el otro, en la dimensión de la alienación imaginaria. Esta tensión se hace intolerable y la operación del farmakon procura evitarla. Esta operación elimina de algún modo cualquier

posibilidad de surgimiento de un efecto de sujeto, se hace parte de una destitución del ámbito de la subjetividad.

Sin embargo, para la autora, el plantear que es la operación del *farmakon* lo que define a una adicción, no implica que todos los toxicómanos se borren por las mismas razones y en las mismas condiciones. Las toxicomanías pueden ser muy heterogéneas en tanto referidas al campo íntegro de la psicopatología. El que la operación del *farmakon* esté presente no basta para caracterizar clínicamente la situación de un paciente. Se hace una explícita diferencia entre esta operación y las categorías clínicas a nivel de estructura: “Es decir que en manera alguna sitúo la ‘cancelación tóxica’ en un mismo nivel con la represión o la forclusión” (74). Esta formación se presenta bajo la referencia a un goce del cuerpo, y no se estructura como un síntoma en el sentido psicoanalítico del término, es decir, no queda en el plano de las formaciones del inconsciente. Más bien, es necesario entenderla como una formación narcisista, que toma como prototipo la noción de lesión de órgano en Freud. Las formaciones narcisistas atestiguan, en verdad, un fracaso de la organización narcisista, entendiendo el narcisismo como esa red de imágenes investidas que realiza un montaje que se injerta sobre el montaje de la pulsión; él es el que permite acomodarse a la pérdida realizada por el montaje pulsional. Toda identificación estructurante surge sobre un fondo de falta, de trauma. Las formaciones narcisistas, tales como la lesión orgánica, realizan un soslayamiento del trayecto pulsional. La lesión de órgano precipita el cuerpo en un llamado al goce, fuera de toda mediación. Así, la operación del *farmakon*, como formación narcisista, no da testimonio de la “estructura” de un sujeto. Se trataría de una formación que puede ser enteramente transitoria y que tiene que estar referida a lo que precedió a su advenimiento (Le Poulichet, 1990). Un objeto parece fosilizado dentro del circuito de la operación del *farmakon* en tanto se consuman una interrupción de los diferentes recortes pulsionales y una exclusión del otro. Sin embargo, esto no significa que la droga misma figure ese objeto.

La operación *farmakon* se podría dar al modo de la suplencia o al modo del suplemento, caracterizándose así dos situaciones clínicas diferentes en la adicción. En el caso de la suplencia, la toxicomanía da testimonio de un desfallecimiento, de una insuficiencia de

Dios, del Padre, requiriéndose suplir sin cesar la claudicación de una instancia simbólica. Si bien esto puede acercar la toxicomanía a la psicosis, un desfallecimiento del Otro no implica una psicosis. En este caso, lo que se produciría sería una forma particular de llamado al goce, dado un sujeto que no puede engendrarse a través de los significantes entregados por Otro faltante. El deseo del sujeto no se ha elaborado como deseo de lo que falta al Otro. El trayecto pulsional permanece suspendido, sin recortar un objeto para el deseo, en el intervalo de dos significantes. Lo que debía volver por la voz o la mirada del Otro para cerrar algo del cuerpo ha quedado suspendido del cuerpo de ese Otro. De esta manera, el objeto (a), el objeto perdido, no se desprende para producir una separación: “La clínica indica que estas formas de apertura al goce vienen a ser un llamado a ‘hacerse’ objeto del goce del Otro, cuando el sujeto no puede engendrarse a partir de la falta y del deseo del Otro. Aquí se precipita una forma de identificación con el objeto parcial: ‘hacerse’ pecho o ‘hacerse’ excremento, más que resultar precipitado todo entero en el goce del Otro. Pero en este caso se trata de una identificación fijada que no convoca a otros significantes” (1990, p.128). Se trata de un proceso distinto del que se puede encontrar en ciertas psicosis, en que el cuerpo entero del niño encarna, ‘es’ el objeto del goce del Otro. Clínicamente se estaría hablando, por ejemplo, de ciertas formas de enuresis, ciertas bulimias. Según Le Poulichet, muchos toxicómanos presentarían este tipo de manifestaciones somáticas, o formaciones equivalentes, antes de volverse toxicómanos. El recurrir a la operación del farmakon, crea una nueva ‘función de órgano’ o un nuevo ‘borde’, a través del cual el sujeto procura limitar al Otro. No se trata, como en la constitución del síntoma, de una respuesta al enigma del deseo del Otro, a la falta del Otro. En estos casos, el fantasma parece fracasar parcialmente en organizar la realidad.

En el caso del suplemento, en cambio, se trataría de formaciones de ‘prótesis’ narcisistas que atraen y fijan las imágenes, funcionando como unos suplementos que concurren a sostener la imagen narcisista, acercando la discordancia entre una imagen real y una imagen ideal. Se busca algo que no habría sido dado a la persona y de lo que otros dispondrían, es decir, un suplemento fálico imaginario. Se sostiene así una forma de indecibilidad y un verdadero suspenso de los conflictos psíquicos: “Se trata en cierto

modo de una detención del deseo en una narcosis que mantiene los términos de una indecibilidad, anestesiando el sufrimiento. Figuras de la insatisfacción, en la vertiente histérica, y de la imposibilidad, en la vertiente obsesiva, marchan lado a lado en las toxicomanías del suplemento” (p. 136). Al quedar suspendido el sujeto se le ahorra la pregunta sobre su propia posición y sobre su falta. Lo intolerable aquí es la castración.

Estas categorías de suplencia y suplemento no serían asimilables a un ‘uso psicótico’ y a un ‘uso neurótico’ del farmakon. Tampoco sería posible asociar un tipo de producto tóxico con una ‘estructura psíquica’. Esto haría inútil la diferenciación entre drogas blandas y drogas duras. No existiría una relación de continuidad o de causalidad entre un ‘comportamiento’ toxicómano y unos indicadores metapsicológicos. La operación del farmakon requiere de determinaciones bien diferentes según que esta ‘formación narcisista’ se inscriba en una problemática fálica o conjure la amenaza de una ruina del Otro simbólico.

La idea de la adicción como ubicada en un plano distinto de las formaciones del inconsciente, también es tomada por otros autores lacanianos, haciendo alusión al efecto de la droga en el psiquismo como una ‘formación de ruptura’ en lugar de una ‘formación de compromiso’, clásica definición, esta última, del síntoma desde Freud. Es así como Laurent (1988/1997) plantea que “nada, en la droga, nos introduce a otra cosa que a un modo de ruptura con el goce fálico. No es una formación de compromiso, sino una formación de ruptura” (p.16), y se pregunta si se trata de un nuevo goce o más bien de un agujero de goce. Esta expresión de ruptura con el goce fálico, había sido introducida inicialmente por Lacan para pensar la psicosis. Sin embargo, en el caso de las toxicomanías, la situación sería distinta al caso de la psicosis, ya que esta ruptura no implicaría la forclusión del Nombre del Padre. En este sentido se apoya la idea de que la adicción puede estar presente en cualquier estructura, que sería parte de la afirmación de que la ‘toxicomanía no existe’. Esta ruptura con el goce fálico suprime las particularidades, lo que explicaría que una sustancia adictiva pueda ser reemplazada por otra que químicamente sea eficaz. Es decir habría “una ruptura con las particularidades del fantasma [...] la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma [...] es un

cortocircuito” (Laurent, 1988/94, p.19). Esto, a su vez, distinguiría al toxicómano del perverso, ya que la perversión supone un uso específico del fantasma. Al quedar fuera del fantasma, las significaciones de la droga pasan a un segundo plano, ya que no tienen importancia para explicar la relación con la droga. Así, por ejemplo, la muy discutida legalidad/ilegalidad de la droga no podría ser pensada como un determinante del consumo de ésta en el sentido de una ‘búsqueda de lo ilegal’, de la trasgresión. Para Laurent esto implica la aparición de un “goce uno”, que como tal no es sexual, y que responde, desde una perspectiva social y económica, a la integración del mercado único de los goces.

Esta noción de formación de ruptura marcaría una diferencia con la de formaciones narcisistas de Le Poulichet, ya que el recurso a la droga no estaría colocado como producto de una insuficiencia simbólica, ni tampoco como una formación narcisista formulada en el contexto de una oposición entre el el plano imaginario y el simbólico, sino como una estrategia del sujeto frente al problema de la castración. La droga se convierte en un partenaire esencial del sujeto, incluso exclusivo, que le permite hacer un impasse con respecto al Otro sexual. Con esto, la droga produce un excedente de goce, podría ser una causa de goce (para diferenciarlo del objeto a, causa de deseo). Así, el sujeto concernido sería un sujeto del goce, pero de un goce que no pasa por el goce fálico. La droga permitiría una salida de la angustia frente al deseo del Otro (Miller, 1988/1995), a partir de la instalación de la “función toxicómana” (Sinatra, 1992/1995). La instalación de esta función sería un escoger por un “yo no pienso” (Calais, 1995), con lo cual se posibilita un escape al enfrentamiento con la angustia propia del encuentro del órgano con el significante, momento en que se instala la dialéctica fálica. Este encuentro lleva al sujeto a tener que afrontar el encuentro con el Otro sexo, poniéndose en juego cierta verdad del deseo del Otro en la dimensión de lo que no se sabe. Allí se ubica la angustia. Por lo tanto, romper con la significación fálica aliviaría la angustia a este nivel, al menos. Se ha planteado que esta situación podría explicar la mayor prevalencia que se observa en hombres en relación al fenómeno de la adicción. El varón, en tanto portador de lo que hace de falo, se vería empujado a una relación compleja, incluso más fija con el semblante, entendiendo semblante como lo que tiene función de velo (Sillitti, 2000).

Posteriormente otros autores confirmarán la noción de que la estructura del sujeto no se puede situar a partir de la presencia de una adicción (Sinatra, 1992/1995; Tarrab, 1992/1995; Luongo, 1995; Manzetti, 1995; Polo, 1995). La diferencia con los planteamientos de Le Poulichet es relevante, ya que la autora aún presupone una condición pre-mórbida como explicativa de la operación farmakon, una condición previa que ‘causaría’ el recurrir a la droga como salida. En estos planteamientos, en cambio, no hay condición pre-mórbida específica, sino que basta con la condición de falta en ser propia del sujeto hablante. Además, punto que será vital al momento pensar las posibles formas de intervención, el recurrir a la droga queda situado en el plano de una ‘elección’ del sujeto. El seguimiento de esta línea de pensamiento la podemos encontrar en Tarrab al plantear la “operación toxicómana” como un “rechazo mortal al inconsciente” (Tarrab, 2000a, p.81). A esta operación toxicómana se le da el status de “solución”, enfatizando el ámbito de la elección. Tarrab distingue tres posibles soluciones frente al problema de la falta estructural de goce y de la falta de ser del sujeto, problema propio de una constitución del sujeto marcada por la entrada en el lenguaje y en el campo del Otro. La de la droga sería lo que llama la solución del soma, en oposición a las soluciones fantasmática y del síntoma. La solución del soma implicaría, además, una huida frente al problema sexual. De esta manera, ya no se necesita un conflicto o mecanismo inconsciente específico que se manifestaría a través de la adicción. El recurso a las drogas deja de estar en el plano de la consecuencia y se traslada al plano de las respuestas del sujeto, lo cual, a su vez, lleva implicada la noción de responsabilidad. Se ha pasado del plano de la formación de compromiso, del inconsciente, al de la formación de ruptura y, muy relevante, al de la elección: “[la intoxicación] no está del lado del ‘yo no soy’, sino del lado del ‘yo no pienso’. No se reduce a la combinatoria significativa, implica un goce no articulado, no articulado al objeto ‘a’, no articulado, por lo tanto, a las zonas erógenas, no procesado psíquicamente. Es una elección contra la castración, contra la división del sujeto, contra el inconsciente” (Tarrab, 2000a, p.90). El autor enfatiza que esto no significa que el toxicómano quede del lado de la perversión, ya que la operación toxicómana se funda en que nada es recuperable para el sujeto por las vías del significante y del fantasma, no se sostiene de los objetos pequeños ‘a’ que suponen un

cuerpo afectado por el inconsciente. La operación toxicómana intentaría colocar en el lugar del cuerpo la sustancia, la sustancia del cuerpo perdido. Habría un esfuerzo por encarnar el objeto de goce en un objeto del mundo, pero este esfuerzo culminaría con la demostración que el objeto es un semblante, en el sentido que lo establece Lacan, y no una sustancia. La droga también sería semblante de un núcleo de ausencia (Tarrab, 2000g).

Desde una perspectiva de autores lacanianos, entonces, se podría plantear lo siguiente:

- a) la adicción es entendida como un fenómeno que no puede ser concebido como un síntoma en un sentido psicoanalítico, es decir, como una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje, que supone una sustitución que se le llama metáfora, y que está abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación y a una modificación debida a la emergencia de efectos de verdad (Miller, 1988)
- b) La adicción, no se concibe como posible de asociar a una u otra estructura. Por lo tanto, la adicción queda claramente diferenciada de la perversión.
- c) hay una contraposición de opiniones en el sentido de ubicarla como una formación narcisista o ubicarla definitivamente fuera del plano sexual (tanto en el sentido de libido de objeto como yoica). En el segundo caso vuelve a aparecer la noción de “cortocircuito”, noción ya planteada en la década del 30’ por Glover y Rado, en razonamientos orientados en la misma dirección. También parece hacer serie con la alusión de Freud de 1912 en relación a la diferencia cualitativa entre el vínculo que el sujeto establece con el objeto sexual y el vínculo que establece con el alcohol
- d) se observa una oscilación entre entender la droga como un intento de reparar una falla previa en relación con la dimensión simbólica del falo (Santiago, 1995; Le Poulichet, 1990), y entenderla como lo que permite una ruptura con

el goce fálico. En el primer caso, a pesar de reconocer que no habría una estructura previa propia de la adicción, de todas formas se sigue la línea de pensamiento de otras corrientes posfreudianas en el sentido de definir una condición pre-mórbida específica que posibilita el desarrollo de la adicción. Es posible que este razonamiento tenga que ver con la confusión que se puede producir al tomar como material los contenidos surgidos de análisis realizados con sujetos que se mantienen consumiendo la sustancia, lo que configura un estado psíquico particular, propio de esta situación de consumo instalado. Esta situación psíquica es posible que esté caracterizada por una falla a nivel de la función simbólica, pero que puede deberse a un efecto de un consumo adictivo que sigue su curso. Sería el mismo error que lleva a algunos psicoanalistas post kleinianos y de la psicología del self a encontrar una estructura yoica y defensiva particular de la adicción. En el caso de entenderla como una formación de ruptura, no se hace necesaria una condición previa específica, ya que bastaría con la condición de estar enfrentado a la castración, propia del ser humano. La condición pre-mórbida sería la condición humana.

- e) desde la corriente de pensamiento que enfatiza la ‘formación de ruptura’, se entiende la adicción como una ‘elección’, una estrategia del sujeto con miras a dar una solución a la relación con el enigma del deseo del Otro.
- f) no se soluciona el problema relacionado con la evolución de un proceso que lleva a que se instale una compulsión a consumir las sustancias. Habría una tendencia a no tomar en consideración el efecto químico de la sustancia sobre el psiquismo y el cuerpo. Incluso, entre algunos autores hay una crítica abierta a esta concepción (Tarrab, 1995)

Si bien la elaboración conceptual a partir de los enunciados de Lacan representa un importante aporte para el entendimiento del funcionamiento de la relación del sujeto con las sustancias químicas y la función que éstas cumplen en la estructuración psíquica, hay un punto que parece no explicado.

Tal como se veía en el capítulo 1, lo que define lo que llamamos ‘adicción’ es una ‘falta de control relativa’ sobre el consumo y un girar de los intereses vitales en torno al consumo de la(s) sustancia(s). Es decir, algo ocurre que el consumo de la sustancia se vuelve ‘compulsivo’, deja de estar supeditado totalmente a la voluntad del sujeto, tal como ya enfatizara Sachs en 1923. A partir de los enunciados revisados, una importante corriente de autores lacanianos intenta colocar la adicción en el plano de una “respuesta” a la situación de las faltas de goce y de ser. Esta respuesta, la vía del soma, implica el consumo de sustancias químicas y pretende ser una puesta en entredicho de los efectos de la metáfora paterna. Sin embargo, lo característico de la adicción, a diferencia del abuso o del uso de sustancias, es que esta respuesta, en algún momento, se hace parcialmente ‘forzada’, es decir, no puede dejar de darse, a menos que se haga un esfuerzo importante, por parte del sujeto. Esta situación es propia de la dinámica de la adicción y es de vital importancia clínica. En la medida que se mantiene en el plano de una respuesta frente a la falta, el sujeto sigue en el plano de la opción, opción que podría catalogarse de ética, ya que tiene el fin de encontrar una solución al enfrentamiento con la “roca de base” (Freud, 1937, p. 253) de los complejos asociados a la castración, en términos freudianos. Sin embargo, esta capacidad de ‘opción’, por cuestionable que pueda ser la libertad asociada a ella debido a los múltiples condicionamientos descubiertos por el mismo psicoanálisis, es la que parece desdibujarse en algún punto del camino del consumo de sustancias adictivas.

La explicación de esta relativa falta de control ya no parece encontrarse en la conceptualización de la ruptura con la significación fálica, ya que la búsqueda de esta ruptura no sería forzada en el sujeto. La explicación de ese paso, al cual desde los planteamientos psicoanalíticos tiende a quitársele importancia, el paso a la compulsión, parece mucho más viable desde el plano de la biología.

2.4 Una mirada desde la biología

Dentro del psicoanálisis también ha habido planteamientos, más recientes, que toman en consideración el ámbito de la biología al momento de intentar explicar las características clínicas propias de la adicción (Johnson, 1999; Ingelmo et al, 2000). En este apartado revisaremos los aportes actuales desde el ámbito de la biología para el entendimiento del fenómeno.

La investigación en el ámbito biológico acerca del fenómeno de la adicción se vio impulsada por los trabajos de Jellinek sobre el alcoholismo. Se ha planteado (Blum, 1991) que a partir de estos trabajos surgieron tres grandes interrogantes: i) ¿cuáles son los mecanismos biogénéticos subyacentes que causan el alcoholismo? ii) ¿las influencias sociales y el stress alteran el metabolismo celular y llevan al alcoholismo? iii) el tomar excesivamente alcohol en el largo plazo ¿altera el metabolismo celular y lleva al desarrollo del alcoholismo?

La primera interrogante origina una gran línea de investigación sobre las bases genéticas del alcoholismo. La segunda interrogante hace que ya en 1960 se plantee que el stress aumenta el consumo de alcohol en animales experimentales. Conger concluye que el consumo de alcohol reduce la tensión, y de este modo genera una respuesta aprendida que relaciona el tomar alcohol con el sentirse calmado en situaciones difíciles. Es decir, se formaliza la explicación del alcoholismo desde la teoría del aprendizaje, tomando en cuenta los efectos específicos de la sustancia sobre el sistema nervioso. En relación a la tercera interrogante, Myers en 1960 demuestra que el consumo de alcohol crea una preferencia por el alcohol en animales que inicialmente preferían el agua. Esto tendría lugar debido a que el alcohol altera el medio bioquímico del cerebro (Blum, 1991).

Estas hipótesis han tenido un gran desarrollo en los años siguientes. La investigación en los últimos veinte años ha dado luces en torno a los efectos psicoactivos y gratificantes inmediatos del uso de sustancias, así como sobre el desarrollo de tolerancia y abstinencia, y a los efectos de largo plazo del uso de sustancias. Alteraciones en cualquiera de las

fases de los múltiples procesos que interactúan para producir la conducta, pueden trastornar la función de otros procesos interactivos, lo que en última instancia afecta al comportamiento. Es así como se convierten en foco de investigación la generación de potenciales de acción, los cambios en la actividad eléctrica o conductancia química, la liberación de neurotransmisores, la reabsorción de neurotransmisores, los cambios en las funciones de segundos mensajeros, las modificaciones en la expresión genética y la alteración en la conectividad sináptica. Otra área de interés investigativa ha sido la relacionada con las bases genéticas de la dependencia.

Una forma de considerar las farmacodependencias sería a partir de verlas como respuestas a las reacciones de abstinencia. Las primeras teorías de las farmacodependencias ponían gran énfasis en esto (Himmelsbach, 1943, citado en OPS, 2005). Desde este punto de vista, las consecuencias físicas adversas de abstenerse de los efectos de una droga serían el principal factor determinante motivacional del consumo sostenido de drogas mediante mecanismos de reforzamiento negativo. El problema para esta explicación es que es posible ser dependiente sin haber abstinencia (por ejemplo en relación al alcohol y la cocaína), y haber abstinencia sin dependencia (por ejemplo, a partir del uso médico prolongado de benzodiazepinas o morfina). Esto ha hecho que la teoría de la abstinencia haya pasado de colocar el énfasis en la abstinencia física, a los estados de ánimo negativos inducidos por la abstinencia, como anhedonia y disforia. Estos estados, mediante un reforzamiento negativo, podrían mantener la autoadministración de la droga porque ésta elimina el estado emocional negativo de la abstinencia (Koob y colab., 1989, 1997, citado en OPS, 2005). La ventaja de esta explicación es que esta dependencia motivacional tiene propiedades comunes a diferentes clases de sustancias psicoactivas, en tanto que las propiedades de la dependencia física difieren ampliamente de una clase a otra.

Con la inclusión de la noción de refuerzo negativo, la teoría del aprendizaje hace su entrada a nivel de las explicaciones para la adicción. Desde este punto de vista, la administración de drogas para usos no terapéuticos se puede considerar que funciona como reforzador positivo (Johanson & Uhlenhuth, 1978, citado en OPS, 2005). Las

propiedades gratificantes de las drogas no sólo consisten en sensaciones de placer, sino que pueden tomar formas más leves de hedonismo, como el alivio de la tensión, reducción de la fatiga, una mayor excitación o mejor rendimiento. Las propiedades gratificantes de las drogas son necesarias para entender el efecto que se produce en las dependencias debido a: i) la recompensa de las drogas, al promover la autoadministración, es necesaria para una exposición repetida a las mismas ii) las propiedades gratificantes de las drogas son necesarias para atribuir (mediante un mecanismo de aprendizaje asociativo) valores motivacionales positivos a los estímulos que predicen la disponibilidad, y actúan como incentivos poderosos para el comportamiento de búsqueda de drogas. Las propiedades de reforzamiento y el incremento del valor motivacional de las drogas y los estímulos asociados a éstas mediante asociaciones repetidas, aumentan las respuestas de motivación por incentivo hacia tales sustancias y los estímulos asociados con éstas (Wikler, 1973; Goldberg, 1976; Stewart, de Wit y Eikelboom, 1984; Childress y colab., 1988; O'Brien y colab., 1992; Robinson & Berridge, 1993; Di Chiara, 1998; citados en OPS, 2005).

Los actuales modelos de la respuesta instrumental (Montague, Dayan & Sejnowski, 1996; Schultz, Dayan & Montague, 1997; citados en OPS, 2005), tienen en su origen el papel de la dopamina en el aprendizaje de respuesta y reforzamiento. Aunque las sustancias psicoactivas actúan mediante una amplia variedad de mecanismos farmacológicos primarios, casi todas las sustancias psicoactivas con propiedades de reforzamiento activan la dopamina mesolímbica, ya sea directa o indirectamente. Según estos modelos se libera dopamina en respuesta a una recompensa inesperada. A su vez, esto refuerza las conexiones sinápticas en las rutas neuronales que producen la conducta asociada con la recompensa.

Los reforzadores, estén o no relacionados con las drogas (por ejemplo, los estímulos asociados con comida, agua, sexo), tienen en común similitudes conductuales y neuroquímicas. Por ejemplo, tienen en común la propiedad de activar la transmisión de dopamina especialmente en una región del núcleo accumbens conocida como “envoltura” (Pontieri, Tanda & Di Chiara, 1995; Robbins & Everitt, 1996; Basso y Di Chiara, 1997;

Tanda, Pontieri & Di Chiara, 1997; Bassareo y Di Chiara, 1999; citados en OPS, 2005). Por consiguiente, las drogas adictivas reproducen ciertos efectos neuroquímicos centrales de los reforzadores convencionales (Di Chiara et al., 1993), con lo que se obtiene el significado motivacional en el cerebro.

Sin embargo, las drogas adictivas tienen efectos sobre la liberación de dopamina en el núcleo accumbens mucho mayores que los reforzadores naturales como los alimentos. Los alimentos incrementan en 45% los niveles de dopamina en el núcleo accumbens, en tanto que la Anfetamina y la Cocaína elevan estos niveles en 500% (Hernández & Hoebel, 1988, citado en OPS, 2005). La estimulación repetitiva y profunda de la transmisión de dopamina inducida por las drogas en el núcleo accumbens refuerza anormalmente las asociaciones de estímulo-droga (aprendizaje pavloviano por incentivos).

Se sabe que la recaída en el uso de tales sustancias es provocada por el estrés, por indicios previamente asociados con el uso de sustancias o por la presencia de la droga misma (Stewart, 2000, citado en OPS, 2005). Todos estos fenómenos son mediados por el incremento de la dopamina mesolímbica. La actividad en estos circuitos media no sólo los efectos primarios de las drogas, sino también el condicionamiento de estímulos secundarios y la subsiguiente capacidad de estos estímulos para detonar el ansia y la recaída. Las técnicas de imagenología funcional del cerebro permiten medir las respuestas del cerebro a predictores de drogas o los indicios asociados a éstas. Así, por ejemplo, cuando se presentan indicios visuales o verbales asociados con la heroína y la cocaína ante personas que usan estas sustancias, provocan una activación metabólica en regiones cerebrales asociadas con la espera de recompensas y aprendizaje (Childress y colab., 1999; Sell y colab., 1999; Wang y colab., 1999; Sell y colab., 2000; citados en OPS, 2005). Dichos estudios también descubrieron que los autorreportes de “ansia” y “necesidad de usar” se correlacionan fuertemente con cambios metabólicos en regiones específicas del cerebro.

Sin embargo, estas propiedades gratificantes de las drogas, que puede convertirlas en un potente reforzador de la conducta, no parecen explicar la conducta de la adicción

propriadamente tal: “Es posible que estas sensaciones positivas expliquen por qué se usan las drogas, aunque no necesariamente por qué producen el repertorio conductual característico de las dependencias. En particular, la recompensa de una droga no puede explicar por sí misma la dependencia, condición caracterizada por el uso compulsivo y recurrente de las sustancias, y por enfocarse a los comportamientos motivados por drogas que llegan al grado de excluir metas alternativas, a pesar de problemas familiares, sociales y médicos” (OPS, 2005, p.49). Es decir, las propiedades gratificantes de las drogas, reconocidas desde siempre por el psicoanálisis, aunque no claramente teorizadas, no son suficientes para encontrar una explicación a la conducta de la dependencia. Desde la perspectiva biológica se ratifica que existe una problemática no explicada desde la idea de los reforzadores de la conducta adictiva, estén estos reforzadores del lado del alivio de la angustia o de la gratificación ‘narcisista’.

La explicación a la conducta de la dependencia, desde la biología, parece tener que plantearse desde la tercera interrogante antes señalada, es decir, desde los posibles efectos biológicos sobre el organismo del consumo de sustancias, que pueda llevar a un fenómeno cíclico que se autodetermina. Algunos hechos que se han ido estableciendo en relación a esto hablan de que las “sustancias psicoactivas pueden producir efectos inmediatos sobre la liberación de neurotransmisores o sistemas de segundos mensajeros, aunque también es posible que se presenten muchos cambios que ocurren a nivel celular, tanto a corto como a largo plazo, luego del uso único o repetido de una sustancia” (OPS, 2005, p. 36). Son los efectos a largo plazo, que configuran una nueva situación desde el punto de vista del sistema nervioso los interesantes: “Los efectos a largo plazo producidos durante el proceso de la dependencia de las sustancias son generalmente mediados por alteraciones de la transcripción genética, lo que produce una expresión genética alterada, con sus consiguientes cambios en las proteínas sintetizadas. Puesto que estas proteínas afectan la función de las neuronas, tales modificaciones se manifiestan, en última instancia, en las alteraciones del comportamiento de un individuo. Uno de los cambios moleculares mejor establecidos luego del uso crónico de una sustancia consiste en superactivar o favorecer de manera compensatoria la ruta del AMP cíclico (AMPc). El AMP cíclico es un segundo mensajero intracelular que puede iniciar una amplia variedad

de cambios en la célula postsináptica” (OPS, 2005, p.36). La transcripción y expresión de genes en las neuronas son reguladas por numerosos factores de transcripción. Los factores de transcripción son proteínas que se unen a regiones de genes para incrementar o disminuir su expresión. El AMPc estimula la expresión de la proteína de unión con el elemento de respuesta al AMPc(CREB), que es un factor de transcripción. Se ha demostrado que el uso de sustancias altera las funciones de diversos factores de transcripción, que por consiguiente están implicados en las dependencias. Las alteraciones en las rutas reguladas del CREB son un tipo de adaptación muy bien caracterizada, que se relaciona con la exposición crónica a sustancias psicoactivas, y hay evidencias de que existe favorecimiento y sensibilización de los mecanismos vinculados al AMPc/CREB (Nestler, 2001, citado en OPS, 2005). También habría otros factores de transcripción inducidos por la exposición a sustancias psicoactivas que pertenecen a la familia de las proteínas Fos de los genes tempranos inmediatos. Los productos de estos genes son inducidos muy rápidamente y desempeñan importantes funciones en la transducción de señales mediadas por receptores a cambios en las expresiones genéticas. Estos cambios en las expresiones genéticas afectan la expresión y función de las proteínas neuronales. Incluso la administración única de una sustancia puede causar incrementos transitorios en varios miembros de la familia de proteínas Fos. Es interesante, entonces, cómo la investigación biológica confirma que el uso crónico, o incluso único en casos particulares, de sustancias puede llevar a cambios estables en el funcionamiento celular. Estos cambios pueden llegar a dar cuenta de cambios conductuales, clínicamente observables: “con el uso crónico se acumula una variante modificada de FosB, DFosB, que es más estable, y persiste en el núcleo accumbens” (Hope y colab., 1994, en OPS, 2005, p.37). Una vez generado el DFosB, tiene una vida media desusadamente prolongada, lo que produce niveles persistentemente elevados (Keltz & Nestler, 2000, citado en OPS 2005). Se ha demostrado que la acumulación de DFosB, ocurre luego del uso crónico de cocaína, opioides, anfetamina, nicotina, fenciclidina y alcohol (Keltz & Nestler, 2000, citado en OPS, 2005). El DFosB elevado puede seguir afectando la expresión de muchos otros genes en las mismas neuronas, lo que a su vez, y mediante alteraciones en la transmisión sináptica, puede afectar muchas funciones neuronales de modo local y en otras zonas del cerebro a las que se proyectan

estas neuronas. Esto proporciona algunas explicaciones sobre la naturaleza de los cambios duraderos en la composición neuronal, que ocurren y persisten mucho después del momento de los efectos agudos de una droga.

El hecho que la dependencia a sustancias químicas produzca alteraciones duraderas en la conducta, hace pensar que se producen “cambios persistentes en los circuitos neuronales producidos por la remodelación y reestructuración de las neuronas, como consecuencia de los cambios moleculares inducidos” (p.38). Esta reorganización de los circuitos neuronales puede ocurrir “mediante cambios en la liberación de neurotransmisores, el estado de los receptores de neurotransmisores, las señales mediadas por receptores o la cantidad de canales de iones que regulan la excitabilidad neuronal. Los mecanismos que median la búsqueda compulsiva de drogas y su consumo parecen imitar los mecanismos fisiológicos del aprendizaje y la memoria” (Hyman & Malenka, 2001, en OPS, 2005).

Algunos de los cambios duraderos conductuales se han asociado a cambios a nivel estructural en varias regiones del cerebro, como consecuencia del uso de sustancias: “La administración de cocaína se ha asociado con un marcado incremento en la cantidad de espinas dendríticas de las neuronas del núcleo accumbens y de la corteza prefrontal” (Robinson y Kolb, 1999, citado en OPS, 2005). En contraste, hay una relativa pérdida de dendritas en algunas zonas como el hipocampo en respuesta al uso crónico de morfina (Sklair-Tavron et al., 1996; Eisch et al., 2000, citado en OPS, 2005)

En relación a los procesos cerebrales específicos relacionados con los efectos gratificantes del uso de sustancias psicoactivas, así como con el reforzamiento y el desarrollo de las dependencias, se piensa que el “uso repetido de sustancias psicoactivas involucra e intensifica anormalmente los sistemas biológicos que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos cruciales para la supervivencia; esto provoca el ciclo de conductas que caracterizan a la dependencia”(p.43). Se ha visto que todas las sustancias psicoactivas activan el sistema mesolímbico dopaminérgico, el cual tiene un papel crucial en los procesos motivacionales y de aprendizaje.

Inicialmente se pensaba que la dopamina mediaba las propiedades gratificantes o hedonistas de los reforzadores de drogas y de otros (Wise, 1982, en OPS, 2005). Sin embargo, las evidencias obtenidas posteriormente indican que la dopamina afecta la motivación para responder a la recompensa, en vez de la recompensa misma (Phillips & Fibiger, 1979; Gray & Wise, 1980; citados en OPS, 2005). Sobre esta base se elaboró la hipótesis de que la dopamina media las propiedades motivacionales y de incentivos de los reforzadores primarios (recompensa) y secundarios (Gray & Wise, 1980, citado en OPS, 2005). La dopamina mesolímbica tendría una función en la provocación de respuestas, pero no en la recompensa (Robinson & Berridge 1993; Berridge 1996; Berridge & Robinson 1998; Robinson & Berridge, 2000; citados en OPS, 2005). El deseo de repetir el uso de las drogas proviene, entonces, de la activación del sistema mesolímbico dopaminérgico que guía la conducta motivada, produciéndose asociaciones intensas con la exposición repetida del cerebro a las sustancias psicoactivas. El mecanismo mediante el cual la dopamina ejerce esta función que hace al cerebro más sensible a los efectos motivacionales y gratificantes de las sustancias psicoactivas se conoce ahora como “sensibilización al incentivo”. Se tiene la hipótesis de que este proceso de sensibilización al incentivo produce patrones compulsivos de búsqueda de drogas. Mediante el aprendizaje asociativo, el valor incrementado del incentivo se enfoca específicamente a los estímulos relacionados con las drogas, lo que genera patrones cada vez más compulsivos de búsqueda y consumo de éstas.

La mayoría de los estudios de laboratorio que demuestran que la administración repetida de sustancias psicoactivas puede producir sensibilización del sistema mesolímbico dopaminérgico lo hace a través de dos medidas: i) los niveles de dopamina y sus metabolitos en el núcleo accumbens ii) las medidas de los efectos activadores-psicomotores de las drogas, como su capacidad para aumentar la actividad locomotora en animales de laboratorio. Se ha demostrado la sensibilidad psicomotora de la anfetamina, cocaína, metilfenidato, fencamfamina, morfina, fenciclidina, éxtasis, nicotina y etanol (Robinson & Berridge, 1993). La sensibilización es notablemente persistente, y los animales que han sido sensibilizados pueden permanecer hipersensibles a los efectos activadores psicomotores de las drogas durante meses e incluso años (Robinson & Becker,

1986; Paulso, Camp & Robinson, 1991, citados en OPS, 2005). La sensibilización puede desarrollarse aún después de autoadministrar una droga (Hooks y colab., 1994; Phillip & DiCiano, 1996; Marinelli, Le Moal & Piazza, 1998; citados en OPS, 2005), lo que haría a los modelos experimentales de sensibilización válidos para el uso humano de sustancias.

Los estudios demuestran que la sensibilización resulta de los efectos activadores psicomotores, así como de los efectos gratificantes de las drogas psicoactivas (Schenk & Partridge, 1997, citado en OPS, 2005). Por consiguiente, al ocurrir una exposición repetida a las drogas en el tiempo, se incrementan sus efectos subjetivos gratificantes, lo que contrasta con la tolerancia a corto plazo. La sensibilización se desarrolla durante días, semanas e incluso meses. Se considera que el cambio del uso de sustancias a la dependencia de las mismas puede estar estrechamente relacionado con el fenómeno de la sensibilización (Deroche, Le Moal & Piazza, 1999, citado en OPS, 2005). Además de los cambios presinápticos (mayor liberación de dopaminas) y postsinápticos (cambios en la sensibilidad del receptor) del sistema mesolímbico dopaminérgico, se han observado modificaciones estructurales en las neuronas de salida en el núcleo accumbens y la corteza prefrontal luego de la sensibilización a la anfetamina y cocaína (Robinson & Kolb, 1997; 1999; citado en OPS, 2005). Es posible que la sensibilización ocurra por la preexposición o por factores del entorno como el estrés (Antelman & colab., 1980; Cador y colab., 1992; Deroche y colab., 1992; Henry y colab., 1995; Badiani, Oates & Robinson, 2000; citados en OPS, 2005). Las investigaciones basadas en esta aproximación al fenómeno de la adicción hacen que en el informe de la OPS (2005) se concluya: “En resumen, las sustancias productoras de dependencia comparten la capacidad de originar cambios persistentes en regiones del cerebro que tienen que ver con el proceso de la motivación por incentivo y la recompensa, y estos cambios pueden hipersensibilizar (sensibilizar) estas regiones [...] la persistencia de la sensibilización hormonal puede hacer que los individuos dependientes sean más susceptibles a recaídas mucho después de haber discontinuado el uso de una sustancia” (OPS, 2005, pp.57-58). Esta línea de investigación es de gran interés, ya que intenta dar una explicación de lo que parece ser una cierta reorganización del sistema motivacional presente en la adicción que funciona como base de la conducta compulsiva.

Sin embargo, a pesar de los avances realizados desde la neurociencia con el fin de entender las bases biológicas de la adicción a sustancias químicas, hay muchas preguntas aún sin poder ser respondidas: “Son claros algunos aspectos del síndrome, aunque queda mucho por conocerse, por ejemplo en lo que se refiere a la avidez y la pérdida de control” (OPS, 2005, p.242). En modelos animales, hay claras diferencias conductuales que permiten predecir cuáles son los animales que desarrollarán sensibilización y aprenderán más rápidamente a autoadministrarse drogas (Piazza y colab., 1990; Hooks y colab., 1992; De Sousa, Bush & Vaccarino, 2000; Sutton, Karanian & Self, 2000; citados en OPS, 2005). Estos factores conductuales se relacionan con un mayor nivel de dopamina mesolímbica en los animales susceptibles, tanto a nivel basal como después de recompensas de alimentos y drogas (Sills & Crawley, 1996; Sills, Onalaja & Crawley, 1998, citados en OPS, 2005). Si bien estos descubrimientos indican que puede existir un fenotipo conductual asociado con la función mesolímbica dopaminérgica en humanos, capaz de predecir quiénes son más susceptibles a desarrollar dependencias de sustancias (Zuckerman, 1984; Bardo, Donohew & Harrington, 1996; Della y colab., 1996; Depue & Collins, 1999; citados en OPS, 2005), no es posible realmente transferir el conocimiento al ser humano, lo que lleva a no poder definir con claridad las vulnerabilidades: “a pesar de nuestros conocimientos sobre cuestiones como la vulnerabilidad, los mecanismo de tolerancia, la abstinencia y la avidez, en la actualidad no podemos predecir quién perderá el control por el uso para luego hacerse dependiente.” (OPS, 2005, p.242).

Las investigaciones en torno a la herencia y cómo las diferencias genéticas modulan la acción de las sustancias sobre los individuos, tampoco permiten aclarar vulnerabilidades. Estas diferencias pueden influir sobre el individuo, en términos del monto de placer asociado al consumo, la toxicidad para ese individuo de la sustancia, la tolerancia a las dosis, efectos crónicos en la salud, probabilidad de que se presenten la tolerancia o los síndromes de abstinencia. Sin embargo, “la vulnerabilidad genética nos dice muy poco sobre la probabilidad de que un individuo consuma sustancias psicoactivas y sobre sus problemas relacionados” (OPS, 2005, p.243). Habría que distinguir, entonces, dos tipos de vulnerabilidades. Una referida a que en un individuo sea mayor la probabilidad de

recurrir a las sustancias adictivas como una forma de enfrentar la existencia. Esta alternativa no necesariamente lleva al desarrollo de una adicción pero sí da la posibilidad que esta pudiera llegar a instalarse. Sin duda esta parece quedar en el plano de lo psíquico. La otra vulnerabilidad sería la referida desde una perspectiva biológica, e implicaría que en algunos individuos, a partir de la ingesta de sustancias adictivas, sería mayor la probabilidad de desarrollar una adicción dada determinada predisposición en el funcionamiento del organismo.

A partir de la investigación en el ámbito biológico, se podría concluir que se produce un cambio en procesos neurofisiológicos y, en alguna medida, en determinadas estructuras del sistema nervioso, producto del ingreso en forma suficientemente frecuente, masiva y sostenida en el tiempo de determinadas sustancias. Estas sustancias tienen características específicas, capaces de ‘desregular’ el funcionamiento de determinadas vías nerviosas involucradas en los circuitos del placer. Se plantea que en algunos individuos el uso repetido de drogas adictivas produce modificaciones graduales en el sistema neural asociado al aumento de la neurotransmisión mesotelencefálica de la dopamina, haciéndolo cada vez más sensible, tal vez con carácter permanente, a las drogas y los estímulos relacionados con las drogas. La sensibilización al incentivo transforma el deseo ordinario en “deseo compulsivo”. Es muy interesante el que la sensibilización del sistema neural responsable de crear incentivo (desear) pueda ocurrir independientemente de los cambios en el sistema neural que media los efectos subjetivos placenteros de la droga (gustar) y del sistema neural involucrado en la abstinencia. Después de suficiente exposición, el placer asociado a las conductas adictivas se vuelve irrelevante ya que el sistema neural deseante está construido para estimular al organismo a conseguir un objetivo, lo cual refleja un claro hecho clínico en el trabajo con este tipo de pacientes.

El concepto neurobiológico de la adicción siempre incluye, como un principio importante y central, el que de todas las sustancias químicas derivadas de plantas, o eventualmente sintéticas, que los humanos han ingerido, se han encontrado sólo algunas pocas que imitan de alguna forma un proceso natural que afecta partes del cerebro. Este proceso, en su totalidad o parte, puede suceder de forma inconsciente (en un sentido descriptivo del

término). No es necesario darse cuenta que uno está influenciado por un deseo compulsivo para desear algo (Robinson & Berridge, 1993).

Estos razonamientos, en la línea de responder la tercera interrogante anteriormente planteada, son de gran interés desde un punto de vista clínico, ya que pueden facilitar la integración de una dimensión de la adicción que, sin invalidar en absoluto la perspectiva del sujeto del inconsciente, parece ser vital al momento de teorizar el fenómeno y plantearse modos de abordaje. El planteamiento de Rado de la adicción como una enfermedad ‘psíquicamente determinada’ y a la vez ‘artificialmente inducida’ cobra una nueva dimensión a la luz de la investigación biológica actual.

Capítulo 3: Entrada a tratamiento: adicción y perspectiva psicoanalítica

3.1 Freud y la entrada a tratamiento

El surgimiento del psicoanálisis como técnica terapéutica, medio de investigación y teoría de la mente, no puede dissociarse del establecimiento de un método que innova en la forma de aproximarse a la realidad psíquica de los pacientes a partir de sus dichos. Este nuevo método, casualmente desarrollado en sus inicios por Breuer y luego sistematizado y precisado por Freud, permite acceder a sentidos que no logran aparecer en un diálogo desde la conciencia del paciente. Es un método que hace aparecer una nueva dimensión de la realidad y, con ello, la posibilidad de lograr un conocimiento respecto a ella. En 1895, en *Sobre [hacia] la psicoterapia de la histeria*, capítulo IV de los *Estudios sobre la histeria*, que puede ser considerado el texto donde nace el psicoanálisis, Freud intenta precisar una técnica que permita al paciente un decir que logra llevar a las representaciones rechazadas. Intentando dejar de lado la hipnosis, y siguiendo parte de las indicaciones sobre la sugestión de Bernheim, le coloca la mano en la frente al paciente y le pide que, con el fin de buscar las representaciones que dieron origen al síntoma, diga todo lo que se le ha ocurrido: “y lo comprometo a comunicarme esa imagen o esa ocurrencia, cualquiera que ella fuere. Le digo que no tiene permitido reservárselo por opinar, acaso, que no es lo buscado, lo pertinente, o porque le resulte desagradable decirlo [...] Le afirmo que sólo así podremos hallar lo buscado, que así lo hallaremos infaliblemente” (Freud, 1895, p. 277). Esto es algo que se podría considerar una ‘semi-asociación libre’, ya que aún tiene al síntoma como punto de partida. Freud está desarrollando una técnica que reúne su idea de defensa y su concepción de un “no querer saber, de los histéricos” (Freud, 1895), con la técnica de la sugestión que permite trabajar con un paciente en un estado de conciencia normal y no hipnótico. De lo que se trataría sería de poder eludir la acción de la defensa que impide la verbalización de lo que ha sido rechazado, para lo cual es necesario disociar “la atención del enfermo de su busca y meditación concientes, en suma, de todo aquello en lo cual pudiera exteriorizarse su voluntad” (Freud, 1895, p.277). Para Freud, la utilización de la presión de la mano en la frente “no es más que un ardid para sorprender por un momento al yo que se place en la

defensa” (Freud, 1895, p.284). Con esto se inaugura un nuevo método de conocimiento, método orientado a dejar de lado la voluntad, y así permitir acceder a lo reprimido. Poco después, Freud dejará de partir del síntoma para pedirle al paciente que asocie, y dejará de usar la presión en la frente (Freud, 1903). Se habrá llegado a la asociación libre completa, eje técnico que perdurará hasta hoy en la perspectiva psicoanalítica.

Con la instauración de este método se produciría un corte con la historia occidental. El psicoanálisis llevaría a cabo una distinción inédita en la tradición occidental, que lo lleva a ser reconocido como “la única tradición europea cuya preocupación central es una pragmática de la transformación humana” (Varela, 1996, p.67), entendiendo una práctica de transformación como una “práctica que lleve al cuestionamiento sostenido y a la eventual disolución de la creencia sólida en un ‘yo’ sustancial o centro cognoscitivo” (Varela, 1996, p.79). Sería el anclaje en un método lo que permitiría ir más allá de una aproximación teórica al fenómeno de la experiencia. La característica de lo meramente teórico sería lo criticable de las filosofías que intentan asir la experiencia vivida, como serían los intentos de Heidegger o Merleau-Ponty. En la tradición occidental la fenomenología sería la única estructura del pensamiento que aborda directamente los problemas de la experiencia humana, pero lo haría sólo a nivel teórico (Varela, 1996).

Freud mismo alude a este método como el posibilitador de la emergencia de un nuevo objeto de estudio en el campo del pensamiento: “me guía el propósito de volver intuible desde diversos ángulos un objeto de pensamiento en extremo complejo y que nunca había sido expuesto” (Freud, 1895, p.296). En otro momento lo plantea resaltando la importancia del método, tomando distancia de una práctica psiquiátrica que intenta trabajar desde una objetivación exacta de los dichos del paciente: “unos protocolos exactos en un historial clínico analítico rinden menos que lo que se esperaría de ellos. En rigor, se alinean con esa pseudo exactitud de la que tantos ejemplos llamativos nos ofrece la psiquiatría ‘moderna’” (Freud, 1912a, p. 113). Es decir, desde muy temprano Freud tuvo conciencia de estar abriéndose paso hacia un objeto completamente novedoso desde un punto de vista epistemológico, que obligaba a ser consistente con el uso de

metodologías diferentes a las usadas hasta ese momento a nivel de la investigación e intervención clínicas.

Al momento de pensar en la entrada en un tratamiento analítico, Freud es consecuente con su postulado de estar investigando un nuevo objeto de estudio que necesita de métodos particulares de abordaje. Es así como Freud se plantea la necesidad de realizar, desde el comienzo, entrevistas clínicas que a diferencia de la ‘seudo exactitud’, logren hacer emerger el objeto que pretende estudiar. Este inicio queda definido como un período de “tratamiento de prueba”, en el cual se intentará llegar a conocer al paciente, con el fin de saber si será útil la aplicación del método psicoanalítico en ese caso. Así es como en *Sobre la iniciación del tratamiento*, refiriéndose a los pacientes que llegan a consultarlo, señala: “he tomado la costumbre de aceptarlos primero sólo provisionalmente, por una semana o dos [...] No se dispone de otra modalidad para ese ensayo de puesta a prueba; como sustituto no valdrían pláticas ni inquisiciones en la hora de la sesión, por más que se las prolongase. Ahora bien, ese ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas. Quizá se lo pueda separar de este por el hecho de que en aquel uno lo hace hablar al paciente y no le comunica más esclarecimientos que los indispensables para que prosiga su relato” (Freud, 1913, p.126). Este período de prueba incluye el objetivo de la realización de un diagnóstico del paciente, ya que sólo determinadas categorías diagnósticas se prestarían para la intervención psicoanalítica: “La iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica” (p.126). A Freud le parece especialmente importante el diagnóstico diferencial con lo que él llama parafrenias (esquizofrenia de Bleuler): “Si el enfermo no padece de histeria ni de neurosis obsesiva, sino de parafrenia, él [analista] no podrá mantener su promesa de curación, y por eso tiene unos motivos particularmente serios para evitar el error diagnóstico. En un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el intento. Por desdicha no estoy en condiciones de afirmar que ese ensayo posibilite de manera regular una decisión segura; sólo es una buena cautela más” (p.127).

El recibimiento freudiano del paciente, entonces, consiste en invitarlo a hablar libremente desde el comienzo, con el fin de que surjan las dinámicas inconscientes inaccesibles para la entrevista que busca los datos objetivos y, de esa manera, lograr aproximarse, por una parte a realizar un diagnóstico, y por otra, a llevar a cabo un ensayo del funcionamiento del método en el paciente en particular. Este ensayo, además del diagnóstico, le permitirá al analista evaluar si el paciente logra entrar en el procedimiento analítico, y al paciente le permitirá conocer de qué se trata éste para poder tomar una decisión más informada acerca del ofrecimiento terapéutico. La explicación de la necesidad de este proceso en dos tiempos vuelve a ser desarrollada por Freud en un caso sobre homosexualidad femenina, donde aclara que para referirse a esta etapa del tratamiento tal vez habría que hablar de “exploración” psicoanalítica (Freud, 1920b), y lo confirma casi veinte años después en la 34ª conferencia de la nueva serie de conferencias que escribe en 1932. En esta última señala que “no podemos formular un juicio sobre los pacientes que acuden al tratamiento ni sobre los candidatos que demandan formación antes de haberlos estudiado analíticamente durante unas semanas o unos meses. Así, de hecho recibimos a todos los gatos en una misma bolsa” (Freud, 1933, p.144). Esta es una dificultad propia del objeto psicoanalítico de estudio, ya que para poder aproximarse a él es necesario aplicar el método, lo cual inevitablemente se transforma, simultáneamente, en una intervención. No siempre es posible la realización de un diagnóstico previo que permita decidir si la aplicación del método es aconsejable. El psicoanálisis no se mueve en la dimensión de la ‘objetividad’ como es entendida tradicionalmente desde la ciencia. Según Freud esto lleva a que el analista tenga que conducirse en forma semejante al rey escocés de la literatura: “Nuestros diagnósticos se obtienen a menudo sólo con posterioridad, son del tipo de la prueba de brujería aplicada por aquel rey escocés acerca de quien he leído en Víctor Hugo. Este rey afirmaba poseer un método infalible para distinguir a una bruja. La hacía arrojar a una olla de agua hirviente, y después probaba el caldo. Tras esto podía decir: ‘Era una bruja’, o bien: ‘No, no lo era’. Algo semejante nos pasa, sólo que somos nosotros los dañados” (Freud, 1933, p.144). Con esto, Freud retoma el planteamiento de un problema observado desde los inicios del psicoanálisis, consistente en que en muchas ocasiones debía aplicar el método para recién así poder llegar a convicciones diagnósticas más seguras (Freud, 1895, 1905a). Inicialmente la labor diagnóstica estaba orientada a

poder diferenciar las afecciones somáticas de las psíquicas. Luego, con la diferenciación de la categoría de ‘neurosis actuales’, se hizo necesario poder distinguir éstas de las psiconeurosis. Esta diferenciación era relevante ya que sólo éstas últimas podrían beneficiarse del tratamiento analítico. Finalmente, el acento se colocó en la oposición entre ‘neurosis de transferencia’ y ‘neurosis narcisistas’, especialmente en el caso de la situación prepsicótica de mayor dificultad diagnóstica.

Este problema práctico que enfrenta el psicoanálisis, que implica el no poder observar el objeto de estudio sin intervenir en él, parece adelantar una discusión epistemológica que se volvería preponderante en diferentes áreas, incluyendo la ciencia física, algunos años después. Dentro del mismo psicoanálisis sigue siendo una temática que distingue la forma de entrar en un proceso analítico desde el punto de vistas de las distintas escuelas postfreudianas, incluyendo la posibilidad de usar o no test proyectivos como parte de los procesos psicodiagnósticos, y la cuestionable noción de ‘indicación’ de psicoterapia.

En 1912, Freud introduce un concepto que se transformaría en la contrapartida de la regla fundamental de la asociación libre. Es la llamada “atención parejamente flotante” (Freud, 1912a). Con esto, Freud alude a la actitud del analista al momento de escuchar las ocurrencias del paciente. El analista tendría que dejar flotar su atención sobre cada una de las palabras que escucha del paciente, sin registrar nada en particular. De esta forma se evitaría que el analista seleccione los contenidos obedeciendo a sus propias expectativas o inclinaciones. En la medida que los contenidos quedan ‘flotando’, se podrá, a posteriori, encontrar un nuevo sentido a las ocurrencias del paciente, dependiendo del contexto global en el cual estas ocurrencias aparecen. Esta actitud del analista es parte esencial del método instaurado por Freud, y junto a la asociación libre es un elemento clave para lograr hacer aparecer el objeto sobre el cual se intenta intervenir.

¿En qué consiste el paso desde este tratamiento de prueba, que ya incluye la asociación libre y la escucha con atención parejamente flotante del analista, al tratamiento propiamente tal? La diferencia que marca Freud entre esta etapa y la siguiente es que, en el tratamiento de prueba, el analista sólo interviene con el fin de que el paciente prosiga

su relato. Es decir, no usa la interpretación como herramienta técnica. El comienzo del uso de esta última, entonces, podría considerarse fundamental como paso a la siguiente etapa. Por su parte, Freud considera que la interpretación debe comenzar a utilizarse sólo una vez que ya se ha instalado la transferencia: “¿Cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones al analizado? [...] No antes que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa [leistungsfähige Übertragung], un rapport en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del médico. Para ello no hace falta más que darle tiempo. Si se le testimonia un serio interés, se pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo y se evitan ciertos yerros, el paciente por sí solo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor”(Freud, 1913a, p.140). Con esta idea de transferencia, Freud parece estar siguiendo las distinciones realizadas un año atrás, cuando diferenciaba una transferencia negativa y una positiva, y esta positiva la dividía, a su vez, en una erótica y una tierna. Esta transferencia tierna la consideraba fundamental para el desarrollo y logros del tratamiento, y la emparentaba con la sugestión: “en cuanto al otro componente susceptible de conciencia y no chocante, subsiste y es en el psicoanálisis, al igual que en los otros métodos de tratamiento, el portador del éxito. En esa medida confesamos sin ambages que los resultados del psicoanálisis se basaron en una sugestión” (Freud, 1912b, p.103). De esta manera, Freud reconoce la presencia de un componente de sugestión en el psicoanálisis, aunque enfatiza que éste se utiliza sólo con el fin de fomentar el trabajo analítico: “Velamos por la autonomía última del enfermo aprovechando la sugestión para hacerle cumplir un trabajo psíquico” (Freud, 1912b, p.103). Este componente de sugestión sería la continuación de la inicial afirmación dirigida al paciente en relación a que “infaliblemente” se hallará lo buscado.

Las fuerzas involucradas en el proceso de curación

En Freud, el tema de las fuerzas a favor y en contra de la curación es un constante tema de elaboración. Al intentar dar un panorama general de las fuerzas envueltas en un proceso de curación, plantea que al deseo de sanar del paciente es el motor más directo de

la terapia. Sin embargo, esta fuerza no es capaz de vencer a la enfermedad, ya que no tiene los montos de energía necesarios para luchar con las resistencias, y no conoce los caminos que se deben recorrer en el proceso. A este motor el análisis suma dos fuerzas adicionales que permiten remediar estas debilidades: “En cuanto a las magnitudes de afecto requeridas para vencer las resistencias, las suple movilizandolas energías aprontadas para la transferencia; y mediante las comunicaciones oportunas muestra al enfermo los caminos por los cuales debe guiar esas energías” (Freud, 1913, p.143). Nuevamente relaciona esta dimensión de la transferencia con la sugestión, planteando que a pesar de que muchas veces bastaría con la transferencia para eliminar los síntomas en forma provisional, esto “sería sólo un tratamiento sugestivo, no un psicoanálisis. Merecerá este último nombre únicamente si la transferencia ha empleado su intensidad para vencer las resistencias” (Freud, 1913, p. 143-144).

La fuerza de los obstáculos al tratamiento será un elemento importante que entrará en juego al momento de plantear un cambio en la teoría de las pulsiones. Cuando Freud propone el concepto de pulsión de muerte, hace una breve revisión de lo que ha sido la evolución de la técnica del psicoanálisis, desde su comienzo hasta el año 1920, fecha de publicación de *Más allá del principio del placer*. En este crucial artículo dentro de su obra, analiza las situaciones clínicas de lo que llama ‘sueños traumáticos’ y el juego infantil (el famoso juego del fort-da), con el fin de buscar hechos que pudieran contradecir la primacía del principio del placer como guía del funcionamiento de la vida anímica. Sin embargo, es la situación clínica asociada a la repetición en la transferencia de situaciones infantiles lo que finalmente lo lleva a confirmar la idea del funcionamiento de una ‘compulsión a la repetición’ que considera va más allá de la búsqueda de placer. Si bien ya antes se había referido a esta compulsión de repetición en la situación transferencial (Freud, 1914), ahora coloca el énfasis en que muchas de estas situaciones repetidas no tendrían la cualidad de producir placer desde ningún punto de vista. Esta concepción se enmarca en una búsqueda de Freud de una explicación a una inercia que se opone a los efectos terapéuticos del analista. En este sentido, el tema de la posibilidad de que se produzca un cambio está en primer plano: “Desde su comienzo mismo, el ser vivo elemental no habría querido cambiar y, de mantenerse idénticas las condiciones, habría

repetido siempre el mismo curso de vida” (Freud, 1920, p.38). Con esto realiza una redefinición del concepto de pulsión desde esta perspectiva, planteándola como “un esfuerzo, inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas; sería una suerte de elasticidad orgánica o, si se quiere, la exteriorización de la inercia en la vida orgánica” (1920, p.36). Es decir, desde este punto de vista, el ser vivo, y no sólo en la dimensión de lo psíquico sino que también a nivel biológico, cambiaría sólo debido a fuerzas externas.

En *El yo y el ello* vuelve a aparecer el tema de la inercia como una resistencia a la curación. En este texto Freud propone su segunda tópica del aparato psíquico, definiendo las instancias del ello, yo y superyó. A este último lo coloca en una muy cercana relación con el ello, del cual extrae la fuerza. El yo no debe relacionarse sólo con el ello y la realidad, sino que además se encuentra en una situación de vasallaje en relación al superyó, vasallaje que Freud considera el más “interesante”. Con ayuda del superyó se nutre, de una manera oscura, de las experiencias de la prehistoria almacenadas en el ello, que Freud refiere en forma especial a la relación con el padre de la horda primordial. De esta manera Freud distingue una nueva fuente de resistencia que considera más importante que las antes planteadas (inaccesibilidad narcisista, disposición negativa hacia el médico y aferramiento a la ganancia de la enfermedad): “Por último se llega a la intelección de que se trata de un factor moral, de un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo de padecer” (Freud, 1923a, p.50). Este sería el fundamento de lo que llama la reacción terapéutica negativa, que hace que frente a los progresos de la cura se reaccione reforzando los padecimientos. En *Inhibición, síntoma y angustia* volverá sobre el tema de las resistencias que se oponen al avance de la cura analítica. Allí agrega a las resistencias previamente distinguidas, referidas al yo (resistencia de represión, de transferencia, ganancia de la enfermedad) y al sentimiento inconsciente de culpa vía superyó, lo que llama “resistencia del ello”. Esta se relaciona con el poder de la compulsión de repetición, la atracción de los arquetipos inconscientes sobre el proceso pulsional reprimido. Este poder requiere una labor de “reelaboración” (Durcharbeitung) durante el proceso analítico.

A partir de estos postulados freudianos se puede afirmar que el tema de la disposición a cambiar y sus obstáculos se transforma en algo central en su pensamiento, lo que es concordante con una a veces olvidada orientación de Freud hacia la práctica. En esta búsqueda de producir un cambio en la forma de relacionarse con lo inconsciente, es que Freud había hecho alusión a lo que llamó el “principio de abstinencia”, aludiendo a la importancia de no ofrecer satisfacciones sustitutivas a los deseos del paciente, con el fin de que no abandone la cura en cuanto se produce la primera mejoría, e incluso de evitar que busque estas satisfacciones sustitutivas por sí mismo en la vida real (Freud, 1915b; 1919). En Freud se aprecia un deseo por lograr un efecto sobre paciente, más allá de la sensación de satisfacción de éste.

Tenemos entonces, una concepción de Freud del inicio del tratamiento analítico, que incluye una etapa de tratamiento de prueba, con el fin de ver si hay una adaptación entre el paciente y el método, que a su vez tiene como fin el lograr un diagnóstico diferencial entre las patologías y estructuras que tienen posibilidad de beneficiarse de un tratamiento analítico y las que no. Además, en este tratamiento comenzaría a instalarse la transferencia en el sentido de colocar al terapeuta en un lugar ubicado en la serie psíquica de los objetos de amor. Esto movería las fuerzas afectivas necesarias, la transferencia en su dimensión de sugestión, para vencer las resistencias y así poderse realizar el trabajo analítico ‘propriadamente tal’, el trabajo que le da el carácter de psicoanalítico al proceso. Es interesante cómo Freud considera al proceso psicoanalítico como una mezcla de ambas dimensiones. Esto significa que el comienzo del tratamiento implica un involucramiento del inconsciente del paciente, debiendo ocupar el analista un lugar en éste. Esto será de importancia al momento de discutir el status del proceso de entrada a un tratamiento de adicciones.

La actividad del analista

Otro punto que es necesario rescatar en las concepciones de Freud, es la discusión en relación al tema de la llamada “actividad” del analista por Ferenczi (citado en Freud, 1919). Los planteamientos freudianos son de sumo interés, ya que muestran un aspecto

complementario al de la neutralidad. Freud señala: “Pongámonos rápidamente de acuerdo sobre lo que debe entenderse por esa actividad. Acotamos nuestra tarea terapéutica por medio de estos dos contenidos: hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias. Por cierto que en ello somos bastante activos. Pero, ¿debemos dejar luego al enfermo librado a sí mismo, que se arregle solo con las resistencias que le hemos mostrado? ¿No podemos prestarle ningún otro auxilio que el que experimenta por la impulsión de la transferencia? ¿No parecería lo indicado socorrerlo también trasladándolo a la situación psíquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto? Además, el logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en modificar esta última interviniendo de la manera apropiada? Opino que esta clase de actividad en el médico que aplica tratamiento analítico es inobjetable y está enteramente justificada” (Freud, 1919, p.158). Luego, Freud señala que los síntomas se han constituido como satisfacciones sustitutivas del paciente. Cuando los síntomas se descomponen y desvalorizan, se mitiga el padecer del enfermo. Este padecer habría que erigirlo en otra parte como una privación sensible, para que siga habiendo una fuerza hacia la curación. De esta forma, no habría que aceptar las satisfacciones sustitutivas que el paciente encuentra rápidamente para utilizar la libido que queda libre a partir de los síntomas: “En todas esas situaciones, la actividad del médico debe exteriorizarse en una enérgica intervención contra las satisfacciones sustitutivas” (Freud, 1919, p.159). Luego insiste en el tema de la “actividad” señalando: “Es que por fuerza debemos aceptar también pacientes hasta tal punto desorientados e ineptos para la existencia que en su caso es preciso aunar el influjo analítico con el pedagógico; y no sólo eso: en la mayoría de los otros casos el médico se ve aquí y allí en la necesidad de presentarse como pedagogo y educador. Pero esto se debe hacer siempre con gran cautela; no se debe educar al paciente para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser” (p.160).

Finalmente, Freud alude a los casos de la fobia y la neurosis obsesiva, como dos situaciones clínicas en las cuales sería necesaria una posición más activa del analista. En relación a la fobia señala: “Difícilmente dominará una fobia quien aguarde hasta que el enfermo se deje mover por el análisis a resignarla: él nunca aportará al análisis el material

indispensable para la solución convincente de la fobia. Es preciso proceder de otra manera [...] con estos últimos [agorafóbicos más graves] no se obtiene éxito si no se los puede mover, mediante el influjo del análisis, a comportarse a su vez como fóbicos del primer grado, vale decir, a que anden por la calle y luchen con la angustia en ese intento. Entonces, primero hay que mitigar la fobia hasta ese punto, y sólo después de conseguido esto a instancias del médico, el enfermo dispondrá de aquellas ocurrencias que posibilitan la solución a la fobia” (1919, p.161). Y en relación a la neurosis obsesiva: “Una espera pasiva parece todavía menos apropiada en los casos graves de acciones obsesivas; en efecto, estos tienden en general a un proceso de curación “asintótico”, a un tratamiento interminable, y su análisis corre siempre el peligro de sacar a luz demasiado y no cambiar nada. Me parece dudoso que la técnica correcta sólo consista, en estos casos, en esperar hasta que la cura misma devenga compulsión [Zwang], para sofocar entonces violentamente, con esta contra-compulsión, la compulsión patológica” (pp.161-162). Estos pasajes de Freud ponen de manifiesto una flexibilidad técnica que complementa los énfasis en la disciplina del método de otros artículos. La neutralidad freudiana está en relación con la forma de plantearse los objetivos y la dirección a seguir en el tratamiento, más que con la estandarización de las intervenciones. Este es un punto que será de gran importancia al momento de preguntarse por un abordaje posible de las adicciones desde un punto de vista psicoanalítico.

Las condiciones para el tratamiento psicoanalítico

Ya en sus primeros escritos sobre técnica, Freud aborda el tema de las condiciones que deben estar presentes en la situación clínica para pensar en la aplicación del método psicoanalítico (Freud, 1903; 1905b). Hay dos elementos que serán rescatados de estos planteamientos, ya que tendrán un importante rol en la discusión en relación al tratamiento de pacientes que han desarrollado una adicción. Uno de ellos es la condición que el paciente tenga una voluntad de tratarse y no que haya sido llevado por terceros a consultar. Con respecto a esto plantea: “El médico que debía tomar sobre sí el tratamiento analítico de la muchacha tenía varias razones para sentirse desasosegado. No estaba frente a la situación que el análisis demanda, y la única en la cual él puede demostrar su

eficacia. Esta situación, como es sabido, en la plenitud de sus notas ideales, presenta el siguiente aspecto: alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio [...] Las situaciones que se apartan de estas son más o menos desfavorables para el análisis, y agregan nuevas dificultades a las intrínsecas del caso. Situaciones como las del contratista de una obra que encarga al arquitecto una vivienda según su gusto y su necesidad, o la del donante piadoso que se hace pintar por el artista una imagen sagrada [...] no son en el fondo compatibles con las condiciones del psicoanálisis” (Freud, 1920b, pp. 143-144). En este caso de la “joven homosexual”, Freud finalmente sugiere que se realice un cambio de terapeuta, ya que a la dificultad de haber sido llevada por el padre se le agregaba un complejo de masculinidad a la base de una transferencia negativa hacia el terapeuta masculino, que hacía muy difícil el trabajo terapéutico. Hay que recordar que el caso Dora también se encontraba en un contexto de haber sido ‘llevada’ a consultar.

El segundo elemento a rescatar en lo referente a las condiciones requeridas para el trabajo terapéutico, se relaciona con el grado de urgencia de cambio requerido por la situación clínica. En este sentido, Freud es tajante al decir que el paciente “tiene que ser capaz de un estado psíquico normal; en épocas de confusión o de depresión melancólica, no se consigue nada ni siquiera en el caso de una histeria” (Freud, 1903); o “No se recurrirá al psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de de una anorexia histérica” (Freud, 1905b, p.254). Sin duda que muchos de los casos de adicción a drogas y/o alcohol podrían considerarse como formando parte de esta categoría.

Es así como para Freud parece necesaria la presencia de un sufrimiento o una motivación al cambio que ofrezca parte de las fuerzas para iniciar un tratamiento analítico. Sin este motor de partida no se haría posible el inicio de un proceso. Además de esto, es importante que el paciente se encuentre en un estado psíquico que permita el trabajo analítico. Ambos elementos serán puntos a discutir en el caso de pacientes que han

desarrollado una adicción, ya que muchas veces parecerían no estar presentes en la situación clínica inicial.

3.2 Lacan y la entrada a tratamiento

Lacan plantea, en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (Lacan, 1989a), que para la entrada en análisis sería necesario un proceso que va “de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia, y luego a la interpretación” (Lacan, 1989a, p. 578.). Coloca como ejemplo el caso Dora de Freud, donde éste le muestra a la paciente que en ese mundo de su padre del cual se queja, “ella misma ha hecho más que participar en él, que se había convertido en su engranaje y que no hubiera podido proseguirse sin su complacencia” (Lacan, 1989a, p. 576). Para Lacan, en el caso de Dora, tal como con todos los pacientes en este proceso de rectificación subjetiva, no se trataría de adaptarla a la realidad, sino “de mostrarle que está demasiado bien adaptada, puesto que concurre a su fabricación” (Lacan, 1989a, p. 576). Este concepto de rectificación subjetiva se transformará más adelante, en Lacan, en lo que llama la “histerización del discurso” (Lacan, 1992).

Lacan, desde sus primeros trabajos, coloca un énfasis en la necesidad de que el sujeto se haga responsable por sus actos, criticando una posición que permitiera atribuir al inconsciente la causalidad en términos de capacidad de responder. Así, por ejemplo, el tema de la responsabilidad es central ya en un texto como la *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología* (Lacan, 1989e). La responsabilización por parte del sujeto se transformará en un elemento indispensable a estar presente para lograr una entrada en un proceso analítico. Más adelante, en relación a la entrada a tratamiento, Lacan planteará la necesidad de una etapa de “entrevistas preliminares” como fase previa a la entrada propiamente tal a un proceso psicoanalítico: “Todos saben, muchos lo ignoran, la insistencia que pongo ante quienes me piden consejo sobre las entrevistas preliminares en el análisis, eso tiene una función, para el analista, por supuesto esencial. No hay entrada posible en análisis sin entrevistas preliminares” (Lacan, 1971). Con esto Lacan se sitúa en la línea freudiana del “tratamiento de prueba” como primera fase del

trabajo analítico, diferenciándose de planteamientos postfreudianos asociados a la idea de psicodiagnóstico e indicación de psicoanálisis, como mecanismo automatizado de la entrada en análisis. Es decir, rescata la idea freudiana revisada anteriormente de la imposibilidad de realizar entrevistas sin intervenir.

Por su parte, J.A. Miller (1997), distingue tres niveles en la práctica de las entrevistas preliminares. Primero estaría la “evaluación clínica”, luego la “localización subjetiva” y finalmente la “introducción al inconsciente”. Entre los niveles primero y segundo operaría la “subjetivación”, y entre el segundo y el tercero la “rectificación”. Lo que llama la “evaluación clínica”, que es un neologismo para dar cuenta de un proceso que implica una evaluación así como también un avalar de parte del analista una demanda de análisis, incluiría un diagnóstico a nivel de estructura. Es decir, aquí lo importante sería poder discernir si la estructura del paciente es neurótica, perversa o psicótica. La mayor dificultad tiende a estar en la diferenciación entre la estructura neurótica y la psicótica, cuando es una psicosis no desencadenada. La diferenciación entre el paciente neurótico y el paciente prepsicótico sería crucial, ya que la puesta en marcha del método psicoanalítico en este último podría dar pie al desencadenamiento de la psicosis. Esta distinción y sus dificultades ya habían sido planteadas explícitamente por Freud (1913a). Esto marca una diferencia con la aceptación del uso de la categoría de “estructura limítrofe” (Kernberg, 1975). Miller, siguiendo a Lacan utiliza, para reconocer una estructura prepsicótica, la noción clínica de fenómenos elementales de Clérambault, psiquiatra francés de fines del siglo XIX y comienzos del XX. Estos fenómenos elementales incluyen los llamados fenómenos de automatismo mental, los fenómenos que conciernen al cuerpo, y los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad (Miller, 1997). Esta teoría de Clérambault, utilizada por Lacan, sería una de las teorías del desencadenamiento de las psicosis abarcativa en la historia de la psiquiatría. Previa a ésta estaría la teoría de Bleuler, con la Spaltung o escisión generadora de la esquizofrenia; la teoría de Jaspers, de orden psicogenético y que coloca al centro la “experiencia delirante primaria”. Posteriores a Clérambault los dos grandes modelos de entrada en la psicosis serían los de Henri Ey con la desorganización del campo de la conciencia; y la de Franz Konrad en la escuela alemana (Langer, 2006).

El énfasis, entonces, más allá de la teoría que se utilice, estaría en la posibilidad de diferenciar la estructura psicótica en su situación previa al desencadenamiento, con lo cual se rescata algunas de las nociones psiquiátricas tradicionales. También sería necesario distinguir la estructura perversa. Si bien es menos frecuente la consulta del perverso, sería esencial poder diferenciar los efectos de estructura de los efectos sintomáticos, es decir, al perverso del neurótico con una perversión. Esto, debido a que en el perverso habría una especial dificultad para entrar en un proceso analítico, lo que se ha llamado su ‘inanalizabilidad’, asociada a una certidumbre sobre el modo de obtener gratificación sexual (Miller, 2001). Así, se plantearía la necesidad de pasar del nivel de la “evaluación” clínica, al nivel de la localización subjetiva, ya que el diagnóstico de estructura no puede plantearse como un diagnóstico a partir de los hechos o conductas, sino que sus señales serían pesquisables a nivel del discurso de cada paciente. Desde la perspectiva de Lacan, incluso a nivel de la evaluación clínica, no se estaría sólo en el plano de lo objetivo, ya que el sujeto sería una referencia ineludible, siendo la consideración metódica de éste lo nuevo en Lacan. El sujeto en Lacan sería un sujeto de derecho, en relación al símbolo, a la castración, y no un sujeto de hecho, posible de ser alcanzado a nivel descriptivo (Miller, 1997). Con estos planteamientos se está siguiendo la línea de pensamiento de Freud revisada en el apartado anterior, que reconoce que para lograr acceder al objeto de estudio es necesario ser consecuente en el método de aproximación a él. Es una implicancia del corte epistemológico operado por Freud.

Desde un punto de vista de las nociones lingüísticas de Jakobson utilizadas por Lacan (Lacan, 1989f)), esto implica a un sujeto que se encuentra a nivel de la enunciación, en la posición del que enuncia en relación al enunciado, posición posible de encontrar sólo a través de los intersticios del discurso. Con esto nos encontramos en el segundo nivel, el de la “localización subjetiva”. Miller ha planteado esta toma de posición frente a una ubicación subjetiva previa como una ‘modalización’ de la propia posición en relación a los dichos. Es decir, los dichos serían modulados por nuevos dichos, por gestos o tonos de voz, que definen la posición del sujeto en relación a lo dicho, los que a su vez pueden volver a ser modulados en un proceso en continuo movimiento. No sólo definen la

posición del sujeto, sino también la relación con lo inconsciente. Se define al sujeto mismo como “esa caja vacía, es el lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones [...] y en este sentido, el lugar de la enunciación es el propio lugar del inconsciente” (Miller, 1997, p. 57). En esto sigue la noción de “índice subjetivo” formulada por Lacan (Lacan, 1983; 1989d). Este sujeto es distinto de la persona o el individuo, y por lo tanto no es posible de ser encontrado en los datos, sería más bien una discontinuidad en los datos.

Esta noción de sujeto también es posible entenderla desde el concepto de identificación, distinguiendo el ‘estatuto constituido’ y el ‘estatuto constituyente’ de ésta. La identificación constituida estaría asociada a la categoría freudiana del ‘yo ideal’, mientras que la identificación constituyente a la de ‘ideal del yo’ (Miller, 1998). Las identificaciones constituidas, que el sujeto designa como yo, se hacen a partir de el ideal del yo freudiano, que también es una identificación y que funciona como pivote de estas identificaciones constituidas. Este pivote está en el Otro y es lo que permite ubicar desde dónde el sujeto *se mira*. Esto hace que el sujeto ‘esté’ en dos lugares distintos: “es verdad que de alguna manera yo estoy donde me veo, donde está mi imagen. El estadio del espejo representa, en efecto, este nivel. Pero yo también estoy allí desde donde me miro [...] el ideal es el punto de encuentro de las identificaciones en el orden simbólico” (Miller, 1998, p.124). El que sea el punto de encuentro en el orden simbólico implica que el ideal del yo fija la respuesta del Otro, siendo a la vez la respuesta del Otro y el significante del sujeto, ya que el sujeto encuentra su identidad en esta respuesta. Es de vital importancia poder distinguir el lugar donde el sujeto *se ve*, del lugar desde dónde el sujeto *se mira*. Este segundo lugar no es del orden de lo observable, sino de lo deducible a partir del decir del sujeto. A partir de lo que el sujeto dice, sería necesario captar desde dónde se identifica en ese decir (Miller, 1998). A esto se refiere Lacan al plantear que “hay que situar el inconsciente en la dimensión de una sincronía – en el plano de un ser, pero en la medida que éste puede recaer sobre todo, es decir, en el plano del sujeto de la enunciación, en la medida que según las frases, según los modos, éste se pierde tanto como se vuelve a encontrar [...] se trata siempre del sujeto en tanto que indeterminado” (Lacan, 1984, p.34). A este pivote de las identificaciones constituidas, que Lacan en su primera formalización escribió ‘I’ siguiendo la noción de ideal del yo freudiana, Lacan en

la segunda formalización lo escribirá 'S1'. Así, lo generaliza, de manera que a pesar de que sigue refiriéndose al ideal del yo, también lo hace al Nombre del Padre y a otras cosas (Miller, 1998).

Esto lleva a la pregunta de en qué medida el sujeto, al llegar a consultar, habla en su propio nombre, ya que podría venir hablando en nombre de terceros que son los que realmente se quejan de sus síntomas (Miller, 1997). Desde este punto de vista pierde fuerza la "condición" freudiana necesaria para realizar un psicoanálisis, basada en la distinción entre un paciente que es llevado a consultar y un paciente que consulta siendo "dueño de sí mismo" y con un conflicto interior. Con todos los pacientes sería necesario realizar esta etapa que permita una localización subjetiva como puerta de entrada a un cuestionamiento propio. Se podría pensar que es buscando que esto ocurriera que Freud se daba el tiempo del ensayo de prueba, para así intentar la aparición de este movimiento subjetivo. En el caso Dora se puede apreciar claramente la orientación de la búsqueda en Freud. Dora, llevada por el padre a consultar debido a que había comenzado a cuestionar su supuesta relación con la sra. K., luego de presentarle su situación familiar a Freud como un estar siendo objeto de una transacción entre el sr. K y su padre para conveniencia mutua, se muestra como no teniendo ninguna participación en esta situación que se ha creado. Según Freud, Dora tenía razón en que su padre no quería aclararse la conducta del sr. K. hacia su hija para no ser molestado en su relación con la sra. K. Concuerta en esta apreciación con la paciente. Sin embargo, luego de escuchar atentamente a Dora le llama la atención que ella había hecho exactamente lo mismo. Se había vuelto cómplice de esa relación, desvirtuando todos los indicios que dejaban traslucir su verdadera naturaleza. Sólo desde la escena del lago databan sus reproches al padre. Antes de eso había hecho lo posible por encubrir las relaciones del padre y la sra. K. Freud localiza desde dónde está hablando Dora, desde un lugar en el cual quiere dejar claro su 'inocencia' en relación a lo que está sucediendo. Freud lo plantea del siguiente modo: "Toda vez que en el tratamiento psicoanalítico emerge una serie de pensamientos correctamente fundados e inobjetables, ello significa un momento de confusión para el médico, que el enfermo aprovecha para preguntar: 'Todo es verdadero y correcto ¿no es cierto? ¿Qué podría Ud modificar, pues es tal como se lo he contado?'. Pronto se advierte

que tales pensamientos inatacables para el análisis han sido usados por el enfermo para encubrir otros que se quiere sustraer de la crítica y de la conciencia” (Freud, 1905, p. 32). Esta localización del sujeto de la enunciación permitirá, en un siguiente momento, el plantearse frente a Dora en la dirección de mostrarle su implicación en la trama expuesta, lo cual podría abrir la posibilidad a un cuestionamiento de sus dichos.

Otra forma en que se encuentra esto en Lacan, es en la noción de ‘atribución subjetiva’, que apunta a que en cada cadena significante habría que buscar un sujeto. Lo interesante es que esta distribución habría que pensarla a varias voces (Lacan, 1989d), o a la manera de un pentagrama (Lacan, 1989c). La interpretación apuntaría a fijar la posición subjetiva del analizante. Así, la localización subjetiva se realizaría “cuando alguien se encuentra concernido en lo que dice respecto del sufrimiento que lo causa” (Sinatra, 2004, p. 91).

El tercer nivel distinguido por Miller es el de la “introducción al inconsciente”, esto es el cuestionamiento de la posición que se toma en relación a los propios dichos. Es decir, no se trata sólo de localizar al sujeto, sino de que algo cambie, de dirigir al paciente a un encuentro con lo inconsciente. Es el siguiente paso que Freud intenta realizar con Dora, llevarla a un cuestionamiento de su deseo y de lo que quiere decir. Es lo que Freud plantea como un pasar de quejarse de los otros a asumir los autorreproches que estas quejas encubren. Este movimiento está directamente relacionado con el tema del tomar la responsabilidad por lo que se dice y hace. Podríamos decir que en este sentido se siguen los planteamientos freudianos, tal como aparecen, por ejemplo en *Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto*. Allí Freud hace una fuerte afirmación relacionada con la necesidad, desde una perspectiva del psicoanálisis, de que el soñante se haga responsable de los deseos inconscientes y pensamientos preconscientes implicados en sus sueños: “Desde luego, uno debe considerarse responsable por sus mociones oníricas malas. ¿Qué se querría hacer, si no, con ellas? Si el contenido del sueño – rectamente entendido – no es el envío de un espíritu extraño, es una parte de mi ser; si, de acuerdo con criterios sociales, quiero clasificar como buenas o malas las aspiraciones que encuentro en mí, debo asumir la responsabilidad por ambas clases, y si para defenderme digo que lo desconocido, inconsciente, reprimido que hay en mí no es

mi “yo”, no me sitúo en el terreno del psicoanálisis, no he aceptado sus conclusiones” (1925c, p.135). Es decir, el hacerse responsable por los dichos de la asociación libre y las formaciones del inconsciente, implica asumir, por parte del potencial paciente, lo que Freud llama “el supuesto” del inconsciente (Freud, 1915c). Esto permitiría abrir el campo de las posibles significaciones a nuevos sentidos por descubrirse. Sin embargo, es algo que requiere el consentimiento y participación del paciente, de manera que se pueda suponer una significación a lo que de otra forma sería considerado sencillamente un error.

Otra forma de abordar este tercer tiempo que remite a la “introducción al inconsciente”, es desde los planteamientos de Lacan acerca de la transferencia, en particular el concepto de Sujeto Supuesto Saber. En la obra de Freud la transferencia se va convirtiendo paulatinamente en un concepto central tanto a nivel teórico como técnico. Inicialmente aparece como resistencia frente al trabajo analítico, como un “enlace falso”. Antes, Freud había utilizado la noción de enlace falso para referirse a los intentos del paciente por llenar las lagunas que aparecían en la primera “exposición” del enfermo, con el fin de darle una consistencia que vía las libres ocurrencias se desdibujaba. Era un ardid más del “yo que se place en la defensa” para no dejarse sorprender (Freud, 1895). Luego aparecerá la transferencia como transferencia de sentido, desde las representaciones reprimidas hacia los restos diurnos (Freud, 1900). Luego se pondrá el énfasis en la transferencia como repetición de experiencias de la historia del sujeto (Freud, 1912b; 1914; 1915b), y como sugestión necesaria como fuerza psíquica para que el paciente continúe el trabajo analítico (Freud, 1912b; 1938a). Freud insiste en que la presencia del ámbito de la sugestión no debe significar que el analista pase a ocupar el lugar de ideal del yo del paciente para dictar normas de vida (Freud, 1923a; 1938a). En términos técnicos se va pasando de lo que Freud llama el “arte de la interpretación”, al análisis de las resistencias y, luego, al análisis de las resistencias puestas en escena en la transferencia (Freud, 1920a). Esto finaliza con la aparición de lo que se llama la “neurosis de transferencia” (Freud, 1913a; 1916-17; 1920a), instalación de una ‘nueva enfermedad’, en la cual los significados inconscientes toman como foco para la atribución de sentido, a la persona del analista. Es decir, en Freud se pueden distinguir tres principales dimensiones de la transferencia: la resistencia, la repetición y la

sugestión. Las tres dimensiones aparecen íntimamente ligadas a la conceptualización de dificultades técnicas dentro del análisis. En Freud, entonces, la dimensión de sugestión de la transferencia, sigue siendo parte del trabajo analítico. Este es un punto que a Lacan le parece necesario desarrollar teóricamente con el objetivo de distinguir radicalmente la transferencia de la sugestión, aceptando al mismo tiempo que queda un margen de sugestión en toda operación de transferencia.

El rasgo que une la transferencia como repetición, resistencia y sugestión, sería la transferencia-amor, y en Freud el amor está estrechamente ligado a la dimensión imaginaria. Para Lacan, en cambio, la transferencia sería una consecuencia de la estructura de la situación analítica. Lacan introduce el concepto de Sujeto Supuesto Saber en su seminario sobre la identificación de 1961-62. En 1964 Lacan desarrolla el concepto de transferencia como uno de los cuatro conceptos que considera fundamentales del psicoanálisis, y en este contexto desarrolla la noción de Sujeto Supuesto al Saber: “En cuanto hay, en algún lugar, el sujeto que se supone saber – que hoy abrevié en la parte alta de la pizarra con S.s.S. – hay transferencia” (Lacan, 1984, p. 240). El mismo Lacan cree encontrar los fundamentos de este concepto, diez años antes, en su texto denominado el discurso de Roma, en el cual opone los efectos constituyentes de la transferencia con los efectos constituidos que les siguen (Lacan, 1989c). Este SsS sería el fundamento transfenoménico de la transferencia. La estructura de la situación analítica coloca al analista en posición de oyente del discurso que él estimula en el paciente, puesto que lo invita a entregarse a él, sin omitir nada, según la asociación libre. Para Lacan, la transferencia se instala por el hecho único de que el paciente se coloca en posición de entregarse a la asociación libre. Es con la invención de la asociación libre, que tiene el fin de dejar la voluntad entre paréntesis y así poder “sorprender al yo”, que Freud produce en la historia del pensamiento un giro cuyo precedente es imposible encontrar. El analista asume sobre sí el principio que está en la base de la ciencia: que todo tiene una causa, también las asociaciones aparentemente sin sentido del paciente. El analista queda ubicado en el lugar de gran Otro (o en el lugar del objeto a, dependiendo del momento de la teorización de Lacan), donde se constituye la significación. Éste es un efecto de estructura y, por lo tanto, no es un lugar al cual el analista se deba identificar. De esta

manera, la transferencia podría ser entendida como una transferencia del sin-sentido a la significación, una promesa de significación avalada por el analista. Hay un determinismo implícito en la experiencia analítica, que implica al comienzo un acto de fe en la racionalidad de todo lo que se produce, y el psicoanalista es aquel que se consagra a sostener este acto de fe, a partir del cual el analizante puede trabajar. El analista tiene la función de garantizar la experiencia analítica. Interviene legítimamente en tanto que Otro, cuando se trata de mantener el marco de la relación analítica, pero en el seno de este marco es el paciente quien realiza un trabajo. El acto en tanto que simbólico corresponde al analista, y consiste en plantear el axioma “todo tiene una causa”. El trabajo, la producción, están del lado del analizante. El análisis de transferencia consistirá en descubrir que no hay, en sentido real, Sujeto Supuesto al Saber. El analista lo que busca es que el trabajo analítico se lleve a cabo, que el paciente siga adelante con la disciplina de la asociación libre, con el fin de dejar libre campo a la emergencia del deseo del paciente (Miller, 1984b).

Es necesario descartar que esta suposición de un saber inconsciente actuando, esta creencia en la promesa de significación, no implica que el paciente piense que el analista tiene ese saber con respecto a él: “Lo chocante, en efecto, en esta institución del discurso analítico que es el resorte de la transferencia, no es, como algunos creen habérmelo escuchado, que sea el analista quien está situado en función del sujeto supuesto saber [...] Otra cuestión es saber qué lugar ocupa el analista para desencadenar el movimiento de investidura del sujeto supuesto saber – sujeto que, si se lo reconoce como tal, es fecundo de antemano en lo que se llama transferencia” (Lacan, 1992). Esta es una idea de Lacan a partir de la noción de algoritmo de la transferencia. Lacan toma el concepto de algoritmo de las matemáticas, donde está referido a un procedimiento automático de resolución de problemas. En este algoritmo presenta el supuesto de un sujeto colocando al saber en su lugar como dependiente de la suposición (Lacan, 1987):

S-----Sq

 s (S1, S2.....Sn)

En la primera línea estaría el significante S de la transferencia, es decir de un sujeto, con su implicación de un significante cualquiera (Sq). En la línea de abajo, el s representa el sujeto que resulta del patrón de suposición de primer significante, implicando en el paréntesis el saber, supuesto presente, de los significantes en el inconsciente, significación que ocupa el lugar del referente aún latente. Para Lacan, la relación entre analizante y analista sólo podría desarrollarse “a costa del constituyente ternario que es el significante introducido en el discurso que se instaura, el cual tiene nombre: el sujeto supuesto al saber, formación, no de artificio sino de vena, desprendida del psicoanalizante” (Lacan, 1984, p. 13). Para efectos de la entrada en un proceso analítico, interesa especialmente la parte de arriba de la barra. En primer lugar debe haber un significante que localice, singularmente, de qué se trata eso que aflige a quién consulta. Por este significante alguien se hace una pregunta, una pregunta que lo representa en su posición subjetiva, en su sufrimiento. Esta interrogación implica ya una división subjetiva, hay la emergencia de un dolor y la suposición de que haya un saber que pueda calmarlo. El paso esencial es hacer el supuesto de que lo que le pasa quiere decir algo. Luego de realizada esta suposición, es necesario, para que se constituya la transferencia, que se de el paso de dirigirse a un analista suponiendo que él lo puede ayudar para encontrar el saber que le falta para aliviarse. El significante Sq, significante cualquiera, localiza al analista, a quien le es dirigido el significante de la transferencia. Este “cualquiera” despersonaliza a cada analista. Cada analista toma prestado ese lugar del discurso analítico. Desde el punto de vista de la persona que consulta, se trata de un pedido de Otro significante que pueda brindar una respuesta que satisfaga, siendo el analista sólo el significante que soporta la demanda de Otro significante.

La entrada en análisis, entonces, visto desde el algoritmo de la transferencia, implica que en el proceso de las entrevistas preliminares se pueda producir esta interrogación y consiguiente división del individuo que consulta, pasando a transformarse en un sujeto dividido por la implicación subjetiva propia de esta interrogante. Se trata de que a partir de los dichos, de los enunciados del consultante, pueda producirse el acto de la función representacional, es decir, que quien consulta se encuentre realmente representado por

ese significante de la transferencia. En la medida que se produce el consentimiento subjetivo por parte del consultante para que se efectúe esta operación de ser representado, se podrá constituir un síntoma en el sentido analítico del término. Será un movilizarse a partir del “no quiero saber nada de eso” freudiano. Esta forma de estructuración de la entrada permitirá que en el posterior transcurso del análisis se pueda ir desarrollando el proceso simbolizado debajo de la barra, que apunta a la localización de los significantes amos de la historia del sujeto de manera que éste pueda desprender finalmente el goce que extraía de ellos. El significante de la transferencia remitido al Otro provocará un efecto de significación por el cual se podrán disponer en serie los significantes de la historia de cada uno. Así entonces, la estructuración del dispositivo analítico responde a la demanda poniendo a trabajar un saber que habrá que producir y que será el paciente el que deberá hacer existir a partir de su inconsciente (Sinatra, 2004).

En este proceso de entrada en el proceso analítico se pone en juego una ‘decisión’ de parte del paciente. Esta decisión es la de hacer, o no hacer, el “supuesto” del inconsciente, con lo cual permite la implicación subjetiva, constituyéndose, paradójicamente, como sujeto responsable por sus producciones involuntarias. Es necesario no sólo que haya formaciones del inconsciente, sino que haya alguien que se reconozca en ellas. Esta operación de suposición daría origen a la emergencia de la dimensión de sujeto. Se supondrá que hay un saber que opera sin que la persona lo sepa, saber que tiene consecuencias en el cuerpo, pensamientos y relación con los otros. Lo interesante es dónde se toma esta decisión, ya que no parece ser la persona, o el yo, quien la toma, sino que más bien parece una decisión que se toma a expensas de la persona. En rigor, desde Freud cabe preguntarse quién es el que toma cualquier tipo de decisión. Tenemos, así, que en esta fase de ensayo, tanto el paciente como el analista deberán tomar una decisión. El paciente deberá tomar la decisión de suponer un inconsciente y el analista la decisión de seguir adelante el trabajo analítico con ese paciente en particular.

En Lacan sería posible distinguir, en el *Seminario 11*, otra vertiente de la transferencia, distinta a la vertiente epistémica, recién revisada, asociada al S.s.S. Esta segunda vertiente sería libidinal o pulsional y respondería a la formulación de Lacan “la

transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (Lacan, 1984, p. 152), que luego complementa diciendo que “la realidad del inconsciente es – verdad insostenible – la realidad sexual” (Lacan, 1984, p.156).

Estos dos modos de transferencia se dialectizan en el dispositivo analítico y hacen referencia a la dialéctica siempre difícil de conceptualizar entre lo inconsciente y la pulsión. La transferencia del lado del objeto libidinal se transformará en una demanda de amor y orientará a una caída de la transferencia al final del análisis. Sin embargo, esta dimensión de la transferencia también tendría que estar a la entrada del proceso: “Se podría decir que si no se operó esta demanda de amor, esta puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente desde el vamos, no tendríamos – lo digo un poco groseramente – un “verdadero” SSS instalado y lo que sí podríamos tener es una pseudo entrada en análisis” (Gorostiza, 2004, p. 221). En este sentido, en el planteamiento acerca del algoritmo de la transferencia de Lacan, podría ubicarse, tras el SsS que formula, al ‘objeto a’ ocupando el lugar del “referente aún latente”. A lo largo de la cura, paulatinamente, el SsS iría siendo sustituido por el objeto a. Así, del lado del SsS tendríamos la pregunta ¿qué es lo que x quiere decir?, y del lado libidinal ¿qué soy en el deseo del Otro?, y como empalme entre ambas el ¿qué me quiere decir? (Gorostiza, 2004).

3.3 Entrada a tratamiento en adicciones y perspectiva psicoanalítica

La entrada a tratamiento de pacientes que han desarrollado una adicción ha sido una problemática sobre la cual se han centrado diversos autores desde distintos universos teóricos y escuelas psicoterapéuticas, siendo esta temática abordada frecuentemente, en perspectivas no psicoanalíticas, desde la noción de “motivación a tratamiento” (Miller & Rollnick, 1991; Beck, Wright & Newmann, 1999; Lizarraga, 2001; Di Clemente, 1999; Ulivi, 1996; Carpenter, 2002; Downey, 2001; Lincourt, 2002). Esta preocupación se debe, por una parte, a que sólo un porcentaje minoritario de la población con problemas de abuso o dependencia consulta en algún momento de su vida (Cunningham & Breslin, 2004). En EEUU y Canadá se calcula que, cada año, entre el 90% y el 95% de las personas con dependencia a alcohol y/o drogas no entra a tratamiento o a grupos de

autoayuda (Frances, Miller & Galanter, 1989; Kessler et al., 1994; Nathan, 1995; Price, Cottler & Robins, 1990; Regier, Narrow & Rae, 1993; Sobell, Cunningham & Sobell, 1996, citados en Landau et al., 2004). Por otra parte, del grupo que consulta, en un porcentaje importante, la motivación a consultar está dada por terceros, ya sea por vías legales (situaciones judiciales), vías formales (petición del lugar de trabajo o de asistencia social) o vías informales (familiares y amigos) (Gerdner & Holmberg, 2000; Gregoire & Burke, 2004; Joe et al., 1999; Polcin & Weisner, 1999; Rush & Wild, 2003; Weisner, 1990, citados en Wild et al., 2006). Esta situación coloca una dificultad en la entrada a procesos terapéuticos y su mantenimiento en ellos, más allá del tipo de tratamiento que se trate. Por otra parte, el que se presente esta dificultad es consistente con las características del fenómeno de la adicción, que tiene como eje una relativa pérdida de control sobre el consumo de sustancias, junto a un comenzar a girar los intereses vitales en torno al consumo de la sustancia. Este vínculo establecido con la sustancia obstaculiza la capacidad de ver con claridad lo que está sucediendo en relación con el problema. En esto también influye el estado mental en el que se encuentra un paciente que está consumiendo drogas o alcohol en forma excesiva y regular. Ya sea a partir de la intoxicación, o del estado inter-intoxicaciones, se hace difícil en el paciente la toma y mantenimiento de una decisión de tratarse de su consumo adictivo de sustancias, tendiendo a interrumpirse los esfuerzos terapéuticos. La capacidad de decidir, en este aspecto, parece verse muy disminuida. En esta línea se encuentran los estudios empíricos que muestran que el compromiso de la familia y de los amigos en el proceso de tratamiento de problemas de adicción es central (Copello, Oxford, Hodgson, Tober, & Barret, 2002, citados en Copello et al., 2006). Incluso se ha visto que pacientes que viven en pareja o con amigos y/o familiares tienen tres veces más probabilidades de entrar a tratamiento que los que viven en otro tipo de entorno (Lloyd et al., 2005). Los ‘otros significativos’, entonces, pueden jugar un rol preponderante tanto en la decisión de entrar a tratamiento como en su desarrollo. El modelo clásico que incluye a miembros de la red de apoyo social para ayudar al sujeto con problemas de consumo de sustancias a entrar a tratamiento es la llamada “Intervention” de Johnson (Johnson, 1973). Sólo se han realizado 4 investigaciones para evaluar este modelo, todas con personas con problemas de alcohol, y en condiciones bastante diferentes. Los resultados muestran un porcentaje

de éxito que va desde el 0% al 90% (Landau et al., 2004). Otro de los modelos desarrollados inicialmente es el de Berenson (Berenson, 1976), sobre el cual no se habría realizado ninguna investigación hasta el momento (Landau, et al., 2004). Más recientemente se han desarrollado otros modelos como el de ‘terapia de familia unilateral’, de Thomas et al., o el de ‘sistemas estructurales estratégicos’ de Szapocznick, pero la investigación más extensa y mejor llevada a cabo en relación a la incorporación de otros significativos sería la del Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) de Meyers, Miller y colaboradores, mostrando una tasa de éxito del 74 % (Landau et al., 2004). Finalmente, el modelo ARISE (A Relational Sequence for Engagement), desarrollado por Garret y Landau, se realiza en base a un manual y un protocolo y ha mostrado alcanzar un 83% de éxito (Landau et al., 2004).

Desde los planteamientos del psicoanálisis han sido diversas las aproximaciones al tema de la entrada a tratamiento en pacientes que han desarrollado una adicción. H.Rosenfeld (1964), resume los planteamientos terapéuticos hasta ese momento en el ámbito del psicoanálisis, señalando que son pocos los autores que han revisado las dificultades técnicas asociadas al tratamiento de este tipo de pacientes. Plantea que “por lo general [los autores] están de acuerdo en que la supervisión dentro de una institución es esencial a los fines de controlar y manejar al paciente y su tratamiento. Kielholz y Weijl destacan particularmente la importancia de una abstinencia total. Merloo intenta primero el tratamiento psicoterapéutico fuera de la clínica. Si esto falla, interna al paciente en una institución donde la privación de la droga la hará otro terapeuta. Luego prosigue el tratamiento dentro de la institución. Knight, quien subraya la importancia del tratamiento institucional, destaca la necesidad de modificar el abordaje analítico, suponiendo que el alcohólico no puede tolerar la pasividad analítica ordinaria.”(H.Rosenfeld, 1964, p. 281). El mismo H.Rosenfeld piensa que estos pacientes son de difícil manejo ya que a las dificultades habituales se suma la intoxicación y confusión provocadas por las drogas. En relación al tema de la continuación del consumo de drogas plantea que dado que “el paciente gravemente intoxicado no es accesible al analista, se debe tratar de mantener la intoxicación bajo control desde el principio del tratamiento o desde su diagnóstico durante éste, debiendo contarse con la aceptación del paciente para su asistencia privada

o internación en una clínica u hospital. Si el paciente acepta la condición de control de la intoxicación, el análisis puede proseguir. Sin embargo, el exceso de acting out, el cual puede conducir a crisis, ocurre cuando el paciente quiebra periódicamente el control” (H.Rosenfeld, 1964, p.154). Es decir, H.Rosenfeld rescata la dificultad asociada al segundo elemento anteriormente planteado, en términos que el consumo de sustancias y sus efectos de intoxicación pueden impedir un trabajo analítico. Es decir, ya hasta la década del 60’, el tema de la forma de entrar de estos pacientes a un tratamiento psicoanalítico se convierte en parte de la agenda a discutir. Sin embargo, los planteamientos al respecto son diversos y no parecen tener un desarrollo conceptual claro que los fundamente.

Como ya se mencionó anteriormente, en términos de lo ocurrido en el abordaje de este tema en el período posterior al trabajo de H.Rosenfeld, es atingente una revisión realizada en relación al psicoanálisis y las adicciones (Ingelmo, Méndez, Ramos & González, 2000), desde el punto de vista del enfoque modular-transformacional de Bleichmar (Bleichmar, 1999). Es necesario recordar que a partir de esta revisión se postula que, con el fin de poder ordenar los diversos planteamientos realizados desde el psicoanálisis, sería necesario distinguir dos niveles psicopatológicos claramente diferenciados en relación al problema de la adicción a sustancias: un nivel psicopatológico común y otro específico. El primero estaría enlazado con el fenómeno a nivel descriptivo, es decir, básicamente con la adicción como pérdida de control sobre el consumo de las sustancias, o como deseo compulsivo. En este nivel se presentarían las mismas características en todos los pacientes con adicción, más allá del tipo de drogas que se consuma y de la motivación subyacente que impulsa el consumo. En el segundo nivel, el nivel específico, habría, por una parte, determinantes que quedan referidos a ciertos estados emocionales y angustias, los que a su vez tendrían sus propias causas. Por otra parte, habría que considerar la dimensión del significado inconsciente que el consumidor atribuye a su experiencia con la droga. Este nivel psicopatológico específico sería distinto en cada paciente y existiría con anterioridad al consumo. Teniendo esta diferenciación presente, se propone que los tratamientos de la adicción a drogas sean situados en relación a ella. Así, habría intervenciones dirigidas al nivel común, es decir a conseguir un cierto grado

de control sobre el deseo compulsivo de consumir, modificando las condiciones biológicas y psicológicas creadas por la droga y, por otra parte, habría un abordaje “estrictamente psicoanalítico” que tiene por objetivo modificar las causas de los estados de sufrimiento que determinan el consumo. Se plantea que sería necesario intervenir en ambos niveles para que el tratamiento analítico sea eficaz.

Este ‘aspecto’ psicoanalítico del tratamiento debería realizarse luego de alcanzar la abstinencia, o en combinación con tratamientos que buscan la detención del consumo. Esta conclusión se derivaría de investigaciones acerca de la eficacia de la psicoterapia analítica en el tratamiento de adicciones (Simmel, 1929; Fenichel, 1945; Wurmser, 1987a y 1987b; Woody et al., 1986; Brickman, 1988; Dodes, 1988; Guimón, 1989; Frances y Miller, 1991; Frances et al., 1997), citados en Ingelmo et al, 2000). Es decir, en esta revisión, a partir del reconocimiento de estos dos niveles en el fenómeno de la adicción a drogas que, como se revisó en el capítulo dos, son indispensables para comprender las contribuciones psicoanalíticas al entendimiento de la adicción, se plantea que en el ámbito del tratamiento habría que distinguir las intervenciones dirigidas a uno y otro nivel, siendo un elemento central el logro de la abstinencia del paciente. En este sentido, no habría un acercamiento propiamente psicoanalítico al abordaje terapéutico de las adicciones. Los planteamientos irían, más bien, en la línea de ‘combinar’ los modos psicoanalíticos de acercamiento con otros modos de índole, lógica y objetivos distintos. Esta combinación parece quedar en el plano de una ‘sumatoria’. En este sentido Director (2002) innova al proponer un tratamiento que tenga un marco teórico psicoanalítico, pero que pueda integrar intervenciones subordinadas, directamente orientadas a frenar el consumo de sustancias. En esta propuesta la visión psicoanalítica tendría un rol ordenador de las otras intervenciones.

Desde una perspectiva lacaniana, Le Poulichet (1990) critica el pensamiento clásico en torno al tratamiento de adicciones, que divide el abordaje en dos tiempos: el primero dedicado a los “fisiológico” (eliminación del cuerpo extraño) y el segundo a lo “psicológico”. Para la autora, esta división respondería a una oscilación entre una posición médica y una posición psicoanalítica. Piensa que en la abstinencia se conserva

alucinatoriamente el tóxico bajo la forma de un órgano ausente y doloroso, situación que no sería reducible a un proceso fisiológico, sino que habría que pensarla como efecto de la “operación del farmakon”. Así, la demanda de análisis de un sujeto toxicómano debiera ser oída por ella misma, lo que implica que en la cura de la toxicomanía la detención del consumo no debiera instalarse en el objetivo a alcanzar. En las entrevistas preliminares el analista debiera apuntar a que se elabore el lugar propio de la demanda, permitiendo la reapropiación y la subjetivación de esta última, como en cualquier otro caso. Es decir, no habría que plantearse un objetivo distinto en estos pacientes. Considera que el formular una petición de abstinencia puede quedar referido, de manera implícita o explícita, al adecuarse a un ideal: “lo único que un analista puede demandar es que un trabajo sea posible, que el paciente se organice para estar en condiciones de hablar de sí mismo en las sesiones” (1990. p.166). Sin embargo, la autora reconoce una dificultad especial en un grupo de estos pacientes (toxicomanía de suplencia), en términos de la posibilidad de establecer una transferencia imaginaria. Muchas veces los decires que hacen aparecer al sujeto se transformarían en ‘actuales’, en la línea del acting out cuando la toxicomanía es de suplemento, y del pasaje al acto cuando es de suplencia. Se reconoce que el ajustarse la palabra en una relación con la falta y con el deseo del Otro no se produciría fácilmente en el contexto de las toxicomanías de suplencia. En estos casos, el tiempo de elaboración de la demanda parece ser considerablemente mayor. El potencial paciente se hace desaparecer en la operación del farmakon, y hace desaparecer al analista sin que un hilo pueda todavía unir el carretel-analista con el cuerpo del paciente. Esto lleva a que el analista deba muchas veces modificar su práctica en términos de ritmos y horarios de las sesiones, o uso de llamadas telefónicas. Este trabajo preliminar se haría incluso imposible si el paciente no cuenta además con un apoyo especial desde el círculo familiar o la estadía en una institución: “Aquí, mientras un velo no sea ceñido a la carne, el inconsciente no podrá abrir sus efectos a la palabra. Se trata de hacer advenir una nueva posición del sujeto en la palabra, correlativa de la implantación de nuevos itinerarios simbólicos. Me parece entonces esencial velar por las condiciones de aparición de los decires” (1990, p. 181). Sería necesario abrirse a la creación en la instauración de las coordenadas de un recibimiento que fomente la entrada en la dimensión de la palabra: “Diré que este encuentro inventa un campo nuevo, que sería, precisamente, el de una

clínica psicoanalítica de las toxicomanías [...] Y si un montaje de toxicomanía no puede mantenerse intacto cuando se enfrenta con el dispositivo del análisis, este se encuentra igualmente constreñido a inventar más que nunca su propio lugar” (148). Es decir, para la autora el psicoanálisis no queda inmodificado luego del encuentro con el sujeto que ha desarrollado una adicción. Desde este punto de vista, el supuesto a la base de la consulta del toxicómano sería la de una cierta falla de los efectos de la operación del *farmakon*, en términos de garantizar la anestesia o mantener una ‘prótesis’. Esta falla, la mayoría de las veces, tendría que ver con un efecto sistémico en el movimiento del lugar que asume una u otra posición parental. En este caso, entonces, sería el movimiento de otro lo que hace que el montaje deje de recibir las mismas determinaciones. El hacer que el ‘trabajo sea posible’ desde una perspectiva psicoanalítica es una de las grandes dificultades en el caso de estos pacientes. Más allá de reconocer la posibilidad de cierta modificación del ‘recibimiento’, sería necesario elaborar y discutir en qué consistiría esta modificación y qué lógica seguiría. En Le Poulichet, entonces, se aprecia un intento de un abordaje terapéutico que pudiera estar guiado desde una lógica psicoanalítica y no en vías separadas de tratamiento, pero no hay una propuesta clara del modo de llevar a cabo esta orientación.

Otros autores lacanianos parecen compartir la importancia de no realizar una petición de detención del consumo de sustancias al inicio del tratamiento, y más bien aplicar una lógica de la cura sin modificaciones, que apunte a una emergencia del sujeto (Mazzini, 1994; Cáffaro, 1995; Luongo, 1995; Salomone, 1995; Salamone & Godoy, 1994; Sillitti, 1995; Sinatra, 1995, 2000a, 2000b; Silitti, 2000b, 2000c; Tarrab, 1994, 1995, 2000c). Sin embargo, estos autores tienden a coincidir en que la entrada en un proceso terapéutico de estos pacientes es especialmente difícil, ya que el hacer surgir la dimensión de la palabra en lugar del goce es una tarea compleja. En este sentido, algunos autores lacanianos sí reconocen la posibilidad de recurrir a otros elementos técnicos al comienzo del proceso, como el hospital de día, la medicación o la comunidad terapéutica, con el fin de lograr hacer aparecer esta dimensión de la palabra del sujeto (Sillitti, 2000; Tarrab, 2000g; Kameniecki, 2000; Ghia, 2000). Queda abierta la pregunta por la necesidad o no de que el paciente detenga el consumo de las sustancias con el fin de poder iniciarse un

tratamiento (Miller, 1995; Fleischer, 1995), y la pregunta por la forma que tendría que adoptar un abordaje desde una perspectiva psicoanalítica para este tipo de pacientes.

El intento de aplicar una lógica de cura sin modificaciones tiene dificultades también a nivel del diagnóstico estructural. El tomar en cuenta las características de la situación clínica al momento de las primeras consultas en pacientes que han desarrollado una adicción, debe llevar a ser muy cauteloso con los posibles diagnósticos estructurales o de patología dual durante el primer tiempo de la consulta. Los efectos químicos de las sustancias sobre el funcionamiento mental, tanto en el plano de la intoxicación como de efectos más permanentes, y un contexto de relaciones familiares y sociales muchas veces profundamente alteradas, puede generar un cuadro sintomático difícil de precisar. Parece necesario un tiempo, que en algunos casos puede implicar algunos meses incluso, para poder realizar un diagnóstico más preciso, ya sea a nivel estructural o sintomático (Manzetti, 1995). Es así como muchos de los pacientes, al llegar, serían probablemente calificados como de personalidad “límitrofe” (y de hecho muchos de ellos lo han sido en consultas previas). También es posible la confusión con la estructura psicótica (Kamieniecki, 2000), o con alguno de los dos desórdenes psiquiátricos más asociados al abuso de sustancias como son los desórdenes del ánimo y de estrés postraumático (Brown, Recupero & Scout, 1995, citado en Tate et al., 2004). En este sentido también juega un rol de importancia el trabajar con un paciente que ha detenido el consumo de sustancias, o no lo ha hecho. Empíricamente se ha observado el cambio en los rasgos de personalidad en pacientes medidos al momento de llegar a la consulta y luego de algún tiempo de abstinencia. Es así como Herrero (2004) plantea que distintos autores han defendido que los trastornos de los Ejes I y II diagnosticados en toxicómanos estarían asociados, más bien, a las condiciones inducidas por sustancias que a condiciones psicopatológicas independientes. Esta situación ha sido denominada hipótesis del artefacto relacionado con la sustancia (Nace, 1989; Schuckit, 1994; Schuckit & Hesselbrock, 1994, citados en Herrero, 2004). Parte de la psicopatología observada en pacientes con trastornos por abuso de sustancias sería un efecto de sus problemas adictivos y esto sería consistente con estudios que informan de una importante disminución de los síntomas observados en los Ejes I y II en las primeras semanas

siguientes a la interrupción del consumo de sustancias (Schuckit, 1994; Verheul, Hartgers, van den Brink & Koeter, 1998, citados en Herrero, 2004) o durante los primeros meses de tratamiento (Pettinati, Rukstalis, Luck, Volpicelli & O'Brien, 2000; Rounsaville & Kleber, 1986, citados en Herrero, 2004).

Si bien las investigaciones colocan como un elemento importante de un tratamiento eficaz de las adicciones desde un punto de vista psicoanalítico, el que este tratamiento sea realizado luego de, o acompañado de otras intervenciones que busquen el logro de la detención del consumo, este sigue siendo un tema de discusión y que lleva a abordajes diversos. Un problema principal a nivel conceptual parece ser el que la incorporación de la sugerencia de detención del consumo de sustancias, junto a intervenciones que pudieran ayudar a lograr este objetivo, no podrían considerarse elementos de un abordaje psicoanalítico. Bajo este supuesto, entonces, la incorporación de este ámbito en las intervenciones es entendida como un tratamiento ‘paralelo’ o ‘previo’ que quedaría a cargo de otros profesionales; o como una salida de plano de la lógica del psicoanálisis que conduce a plantear la inconveniencia de su integración. Será necesario preguntarse por el fundamento del establecimiento de este supuesto.

La noción de neutralidad parece jugar un rol central en este supuesto. La neutralidad psicoanalítica se relaciona directamente con una búsqueda de mayor libertad en el decir del paciente, como parte del método establecido por Freud. La asociación libre tiene en su espíritu el poder acceder a lo no dicho hasta ese momento, a lo no conocido (Unbewusst), a lo reprimido por no ser aceptable. Para ser consistente con esto es que el lugar del analista debe implicar una invitación a hablar intentando dejar la voluntad entre paréntesis, las normas morales, el hilo lógico habitual, el pudor. Invitación imposible de ser aceptada completamente, por supuesto, pero que funciona como norte a seguir con su establecimiento como “regla fundamental”. Desde este punto de vista es que una demanda de modificación de una conducta, como es la detención del consumo de sustancias, aparece como yendo en contra de la orientación psicoanalítica. Sin embargo, los planteamientos freudianos en relación a la neutralidad, tal como se veía en el capítulo anterior, dan cabida a esta alternativa dependiendo de la situación clínica a la que se está

enfrentado. El énfasis freudiano está colocado de principio a fin en el no ocupar el lugar de un ideal para el paciente. Es decir, en que el analista no intente cambiar al paciente a 'su imagen y semejanza', lo cual se puede hacer de formas burdas, muy claramente identificables, pero también de formas muy sutiles difíciles de distinguir. La confusión se presenta al identificar el intento por que el paciente detenga el consumo de sustancias con el estar ocupando este lugar de ideal. Es necesario distinguir el ubicarse desde un ideal a seguir, del buscar generar las condiciones que permitan ir en la dirección del método psicoanalítico. Esto es algo que Freud diferencia permanentemente a lo largo de su obra, quedando especialmente de manifiesto en su análisis de la noción de "actividad" del analista. El planteamiento freudiano coloca todo el énfasis en el realizar flexiblemente intervenciones que favorezcan el trabajo analítico. En esto Freud es explícito y da cabida a intervenciones que desde muchas de las corrientes posfreudianas serían calificadas, paradójicamente, de poco ortodoxas. El llamado "principio de abstinencia" va en esta dirección, planteándose como una condición para que el paciente tuviera el impulso, la fuerza psíquica, para llevar adelante un proceso analítico. De lo contrario, las mejorías y satisfacciones encontradas en la realidad podrían hacer que se desistiese del esfuerzo que requiere la labor analítica. Siguiendo este razonamiento, es esperable que el vínculo con las sustancias químicas establecido en una adicción pudiera convertirse en un obstáculo de entrada al método psicoanalítico. Este será uno de los puntos a ser discutidos.

Esta lógica tiene su mayor alcance conceptual al entender la 'transferencia positiva' como emparentada con el ámbito de la sugestión y, a pesar de esto, validarla como una fuerza que ayuda a poner en juego el método analítico de parte del paciente. Lacan, con su afirmación de que el analista es más libre en su táctica que en su estrategia y más en su estrategia que en su política, sigue el mismo razonamiento freudiano. La pregunta a discutir sería si, en el caso de un paciente que ha desarrollado una adicción, la sugerencia de detención del consumo y el consiguiente uso de técnicas que ayuden a este objetivo, debe ser considerado como parte de la "táctica" o como parte de la "política". Si se considera en el plano de la táctica será posible entender estos elementos del abordaje terapéutico como insertos en un tratamiento psicoanalítico, ya que serán maniobras que generan condiciones para que éste se pueda llevar a cabo. Si se considera en el plano de

la política, se concluirá que el sugerir la detención del consumo va en contra de la neutralidad analítica y deberá, o dejarse de lado, o dejarse en manos de ‘otro’ tratamiento previo o paralelo. Para poder distinguir en qué plano se está interviniendo será necesario entender la forma de funcionamiento subjetivo propio del sujeto que ha desarrollado una adicción, y la lógica que tiene la intervención sobre esa situación psíquica. Es lo que se intentará hacer a partir del análisis del relato de los pacientes.

Un segundo elemento a tener en consideración que viene, esta vez, de la realidad de la consulta clínica y no de las investigaciones de resultado, es el que un porcentaje importante de los pacientes que han desarrollado una adicción son llevados a consultar por terceros (Sinatra, 1995; Sillitti, 2000e), especialmente por familiares o a través del contexto laboral (Gerdner & Holmberg, 2000; Gregoire & Burke, 2004; Joe et al., 1999; Polcin & Weisner, 1999; Rush & Wild, 2003; Weisner, 1990, citados en Wild et al., 2006). Esta es una característica muy importante de la situación de consulta, que obliga a preguntarse por la posibilidad de intervenir en circunstancias que la demanda de cambio inicial no proviene del que se supone es el paciente. Esta condición de consulta es necesario diferenciarla de lo que es un contexto legal coercitivo, que involucra a personas acusadas o condenadas por un delito en el que contribuyó su adicción a sustancias. En los casos legalmente coercitivos, muchas veces el tratamiento se ofrece como alternativa a una pena de prisión, y normalmente existe la amenaza de ir a la cárcel si no se cumple con el tratamiento (OPS, 2005). La situación de ser llevado a consultar por familiares y la del tratamiento legalmente coercitivo, parecen cualitativamente diferentes. Para efectos de este trabajo nos centraremos sólo en la primera.

Un paciente que es llevado a consultar por terceros nos coloca, nuevamente, fuera de las mejores condiciones para llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico. No es casual que esta situación sea frecuente en el caso de las adicciones, ya que una de las formas en que el consumo de drogas puede llegar a transformarse en una razón de cuestionamiento es a través del movimiento de una u otra posición parental o de la pareja. El problema es que el cuestionamiento se provoca en el sistema familiar (o laboral), que ‘lleva’ al miembro con el consumo problemático a consultar. La pregunta frente a esta situación es si es

posible que este cuestionamiento del sistema se transforme a un cuestionamiento del sujeto indicado por el sistema como teniendo un problema. Tradicionalmente, desde la teoría sistémica, al miembro que el sistema identifica como teniendo el problema habría que entenderlo como el ‘paciente índice’, el cual sería sólo el lugar donde se manifiesta un malfuncionamiento del sistema en su conjunto (Keeney & Ross, 1987). El paciente índice tendría que ser considerado un síntoma del sistema. En este sentido, desde una visión sistémica, el abordaje tendría que ser realizado teniendo esta hipótesis en mente, lo cual llevaría a un eventual proceso terapéutico orientado a que se produzca un cambio en el patrón relacional de los miembros del sistema, cambio a partir de la cual se esperaría que la forma de consumo del miembro con el problema se modificara. De hecho, se han realizado descripciones de los ciclos en las relaciones familiares involucrados en esta dinámica (Stanton et al, 1997). Sin embargo, en la práctica sucede algo similar a lo que se observa en las aproximaciones psicoanalíticas, es decir, que junto al tratamiento tradicional propio de la corriente teórica, se realizan tratamientos a cargo de otros profesionales, que buscan mantener bajo el control el consumo de las sustancias. Es decir, también a nivel de la corriente sistémica se produce un problema con la consideración de la adicción como un mero síntoma que tendría sus determinantes a nivel de las interacciones familiares, lo que lleva a tener que incluir otras herramientas técnicas ‘en paralelo’ (Stanton et al, 1997).

Como decíamos, desde una perspectiva psicoanalítica, habría que preguntarse si es posible lograr hacer actuar el cuestionamiento presente en el sistema familiar, en el sentido de lograr provocar una pregunta en el miembro con el problema. Algunos autores que conceptualizan el uso de drogas en un contexto de adicción como expresión de dificultades en las relaciones objetales, enfatizan, de todos modos, la importancia de la presencia de familiares directos en el tratamiento, ya que de otro modo el paciente tiende a abandonar el proceso terapéutico (Waska, 2006). Si el fin es un cuestionamiento del sujeto que ha desarrollado una adicción, conceptualmente es más útil la noción de codependencia revisada en el capítulo uno, que el entender la adicción como un síntomas de patrones relacionales. Desde el concepto de codependencia se entiende que el sistema ha tenido que realizar ciertos ‘ajustes’ con el fin que la adicción de uno de los miembros

pueda seguir su curso. Es decir, un sujeto que ha desarrollado una adicción, normalmente cambia lo suficiente su forma de relación con el sistema familiar como para que este sistema deba modificar su equilibrio previo y así dar cabida a los nuevos roles y circuitos interaccionales propios de la adicción. El supuesto es que si esto no ocurriera, la tensión dentro del sistema llevaría a un punto en que, o se detiene la conducta adictiva o el sistema tendería a quebrarse. La codependencia funcionaría, entonces, como los ajustes del sistema que ‘permiten’ que las conductas adictivas sigan adelante sin poner en riesgo la estabilidad final de éste. Desde este punto de vista, el que el sistema familiar se haya movilizado para producir la consulta implicaría que, por diversas razones, el ‘equilibrio codependiente’ habría entrado en cierto nivel de crisis. Estas razones pueden estar relacionadas con la adicción del miembro que tiene el problema, como podría ser una intensificación de las conductas adictivas o de las consecuencias asociadas a estas; o con cambios en otros miembros o subsistemas; o con cambios en la realidad en que se mueve el sistema. La crisis en que entra el equilibrio alcanzado gracias a la codependencia, es una oportunidad para que el sistema cuestione este equilibrio al que se había llegado producto de la adicción de uno de los miembros. Desde este punto de vista, esto podría implicar cuestionar la ‘causa’ que generó ese equilibrio, es decir, las conductas adictivas, y sus consecuencias, del miembro con el consumo problemático de sustancias. Es decir, desde el sistema, el equilibrio de la codependencia podría quedar sustituido por un cuestionamiento de lo que ha sido su causa, con lo que las conductas adictivas podrían pasar de un ‘hecho’ a algo por lo cual el miembro tiene que responder. En este sentido es que el cuestionamiento del sistema podría llegar a transformarse en un movimiento que llevara a tener que responsabilizarse, a tomar una posición en relación a sus conductas por parte del sujeto que es ‘llevado a consultar’. Si bien la presión desde la legalidad está sobreenfatizada a nivel de la investigación, se ha visto que las vías informales (familiares y amigos) de presión ocurren más frecuentemente que las legales o formales y pueden tener mayor influencia en el facilitar una entrada a tratamiento (Marlowe et al., 1996; Polcin & Weisner, 1999, citados en Wild et al., 2006).

La forma que puede adoptar este redireccionamiento de fuerzas del sistema, el empalme que pudiera tener con un cuestionamiento de parte del propio sujeto con problemas, la

viabilidad de que esto facilite una entrada a un proceso terapéutico desde una orientación analítica, serán temas a analizar y discutir en base a las entrevistas realizadas. En este punto también surge la inquietud de si un cuestionamiento inducido de esta forma no es un mero intento de adaptar al sujeto a las normas del sistema familiar, una maniobra dirigida al mantenimiento del statu quo homeostático. En este sentido será relevante analizar y preguntarse por el efecto que producen intervenciones que involucren la ‘demanda’ familiar, pudiendo distinguir si estos efectos van en la línea de la adaptación o de un genuino cuestionamiento. Es interesante en este aspecto el que desde la investigación empírica se plantee que no hay una correspondencia unívoca entre la fuente de derivación y la percepción de coerción de parte del paciente al momento de buscar tratamiento (Wild, et al 1998, citado en Wild et al, 2006), lo cual puede relativizar los estudios que muestran que los tratamientos en que el sujeto ha podido elegir por sí mismo la meta a conseguir son más exitosos que los que implican un objetivo impuesto desde fuera (Booth, 1990, citado en Brown & Coldwell, 2006). El punto parece ser justamente que no es tan fácil distinguir entre estas dos situaciones, ya que lo importante sería si se logra o no producir un cuestionamiento en el sujeto a partir de la demanda externa. El como se responda a esta situación dará o quitará la cualidad de lo psicoanalítico al proceso.

Lo anterior está en estrecha relación con la noción de entrevistas preliminares propuesta por Lacan, como una etapa del abordaje terapéutico previa a la instauración del método analítico propiamente tal. Como se veía, Miller distingue dos operaciones a realizarse dentro de esta etapa: la “sujetivación” y la “rectificación”. La sujetivación se relaciona con la posibilidad de que aparezca el lugar que ocupa el sujeto en el decir, que el sujeto sea posible de ser ‘localizado’. En el caso de las adicciones, este movimiento es esencial, ya que implicaría que el sujeto tome una posición en relación a su consumo problemático de sustancias, en relación a la conducta que está siendo cuestionada desde el sistema. La demanda que proviene desde el sistema parece apuntar a que el sujeto ‘se defina’ en relación a su conducta, definición que el sujeto elude sistemáticamente. La sujetivación, en estos casos, pasaría necesariamente por el volver a hacer aparecer la dimensión de sujeto en relación a la conducta adictiva. Miller enfatiza que esta no estaría perdida en

estos casos: “Sin embargo, desde el punto de vista de la experiencia analítica ¿no se puede mantener que en la droga, la posición subjetiva está no obstante implicada?” (Miller, 1995, p.20). El suponer que el sujeto que ha desarrollado una adicción, por fuera de control que pueda parecer su conducta, es capaz de tomar una posición frente a lo que está ocurriendo, es lo que permite plantearse la posibilidad de hacer un trabajo orientado a que se produzca una toma de posición en lugar de colocar al paciente en situación de un objeto sobre el cual actuarán los métodos de la ciencia.

La toma de posición subjetiva es una operación que en sí misma parece ir en la dirección opuesta a la operación adictiva: “Subrayemos que si el toxicómano via su droga, reitera efectivamente su ‘yo no pienso’, tenemos desde entonces que tener en cuenta que su toxicomanía, autotratamiento de un Yo ontológico, no depende del inconsciente, sino de su rechazo repetido. Hay pues que despejar, allí, un ‘previo’ a todo tratamiento posible de una toxicomanía” (Calais, 1995, p.100). Esta contradicción de planos puede servir de guía para el abordaje terapéutico. Quedan abiertas las preguntas relacionadas con las características particulares que tomaría este movimiento de “subjetivación” en el caso de un paciente que ha desarrollado una adicción; las interrogantes asociadas con la posible necesidad de entender, como parte del proceso de entrevistas preliminares, la incorporación de la demanda proveniente del sistema familiar, como una manera de lograr producir la responsabilización por parte del sujeto; las inquietudes relacionadas con los efectos de la sugerencia de detener el consumo, y de la detención del consumo propiamente tal, sobre el movimiento de subjetivación propio del camino hacia la rectificación subjetiva que sería la puerta de entrada a un proceso psicoanalítico.

Finalmente, es necesario destacar un concepto que Freud desarrolla en la parte final de su obra, y que puede ser de importancia al momento de intentar comprender ‘las fuerzas separadas del yo’ que hacen su juego en la dinámica adictiva. Este concepto es el de “escisión del yo” y es planteado como un mecanismo de defensa distinto a la represión en su base, ya que implica un movimiento de división del yo que permite una salida a ciertas situaciones difíciles en su relación con la realidad.

Este desarrollo teórico Freud lo lleva a cabo, inicialmente, tomando en consideración los fenómenos del fetichismo y la psicosis, ya que éstas serían afecciones cuyo problema principal se puede encontrar en un conflicto en la relación yo-realidad. Esta forma de lidiar con representaciones provenientes de la realidad que no son posibles de ser aceptadas involucran, por una parte, la llamada “desmentida” (Verleugnung), y por otra la llamada “escisión del yo” (Ichspaltung).

El concepto de desmentida aparece por primera vez en *La organización genital infantil* (Freud, 1923b), como “leugnen”, palabra alemana que luego cambiará por “verleugnen”. En este artículo plantea que los niños, al ver la falta de pene en las mujeres, “desconocen” (leugnen) esa falta. Escrito en el mismo año, 1923, aunque publicado el año siguiente, en *Neurosis y psicosis* (1924a) Freud hace referencia a un nuevo mecanismo posible de ser utilizado por el yo. Señala que en la psicosis, a diferencia de la neurosis, se produce una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. Señala que en la ‘amentia’ de Meynert el mundo exterior no es percibido, o bien su percepción carece de eficacia. En la esquizofrenia se ha producido una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior. En este artículo ya plantea la posibilidad de un mecanismo de “escisión del yo” como una forma del yo de poder subsistir frente a exigencias incompatibles desde las instancias que conforman sus “vasallajes”: “el yo tendrá la posibilidad de evitar la ruptura hacia cualquiera de los lados deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad y eventualmente segmentándose y partiéndose”(Freud, 1924a, p.158). Este es un mecanismo puesto en funcionamiento por el yo, que es distinto de la situación planteada por Freud en *El yo y el ello* en relación a la coexistencia de diversas identificaciones no completamente compatibles entre sí, producto de las introyecciones de los objetos perdidos. Aquí lo que se produce es una perturbación en el vínculo con el mundo exterior.

Volviendo a la desmentida, en *La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis*, Freud señala que consiste en el rehusar el reconocimiento de la realidad de una percepción traumatizante, y la coloca inicialmente del lado de la psicosis: “la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura

sustituirla” (Freud, 1924b, p.195). Si bien en esta afirmación Freud coloca el mecanismo de la desmentida del lado de la locura, esta idea está matizada en otros escritos. Así, por ejemplo, un año más tarde plantea que la desmentida sería un mecanismo frecuente en la infancia, y que sólo si se insiste en él en la edad adulta nos encontraríamos en la psicosis: “O bien sobreviene el proceso que me gustaría designar desmentida, que en la vida anímica infantil no es ni raro ni muy peligroso, pero que en el adulto llevaría a una psicosis” (Freud, 1925b, p.271).

Luego, basándose especialmente en los estudios acerca del fetichismo, Freud va ligando el mecanismo de la desmentida con el de la escisión del yo. Esta escisión se haría necesaria para poder mantener activa la desmentida. Sin embargo, Freud enfatiza que el fetichismo sería sólo uno de los casos en los que se podría observar esta coexistencia dentro de la vida anímica de dos actitudes opuestas frente al mundo exterior. No es un fenómeno exclusivo del fetichismo (Freud, 1927; 1938b). Vuelve a estos planteamientos en 1938 cuando señala: “No se crea que el fetichismo constituiría una excepción con respecto a la escisión del yo; no es más que un objeto particularmente favorable para el estudio de ésta. Recurramos a nuestro anterior señalamiento: que el yo infantil, bajo el imperio del mundo real-objetivo, tramita unas exigencias pulsionales desagradables mediante las llamadas represiones. Y completémoslo ahora mediante esta otra comprobación: que el yo, en ese mismo período de la vida, con harta frecuencia da en la situación de defenderse de una admonición (Zumutung) del mundo exterior sentida como penosa, lo cual acontece mediante la desmentida de las percepciones que anotician (Kenntnis geben) de ese reclamo (Anspruch) de la realidad objetiva. Tales desmentidas sobrevienen asaz a menudo, no sólo en fetichistas; y toda vez que tenemos oportunidad de estudiarlas se revelan como unas medidas que se tomaron a medias, unos intentos incompletos de desasirse de la realidad objetiva. La desautorización es completada en todos los casos por un reconocimiento; se establecen siempre dos posturas opuestas, independientes entre sí, que arrojan por resultado la situación de una escisión del yo” (Freud, 1938a, p.205). La desmentida, entonces, es planteada como un mecanismo que puede darse en diversas situaciones en las que está involucrada una percepción de que da cuenta de demandas del mundo exterior que se hacen demasiado penosas para ser

asimiladas. Estas percepciones se desmienten. En la medida que el yo debe velar por el mantenimiento del criterio de realidad, la única salida es dividirse y así poder soportar dos realidades diferentes a la vez, ambas conscientes, sin colapsar. En el análisis del contenido de las entrevistas se verá la importancia que puede tener esta conceptualización freudiana al momento de intentar comprender la dinámica de la adicción.

Capítulo 4: Metodología

4.1 Elección de técnica de investigación

Uno de los cuatro objetivos planteados en esta tesis es el siguiente:

Analizar el tipo, forma y lógica de las intervenciones que se realizan en la fase de entrada a un proceso terapéutico de un tratamiento para pacientes con adicción a sustancias químicas que intenta seguir una lógica psicoanalítica.

Para lograr este objetivo se realizarán entrevistas en profundidad a pacientes que han pasado por una fase de entrada en un programa de tratamiento psicoanalíticamente orientado.

Al momento de plantearse la metodología a seguir, es necesario reconocer que actualmente habría una aceptación explícita del carácter problemático de todo saber social, lo que implica la posibilidad de utilizar métodos diversos según los objetivos que se buscan. La investigación podrá seleccionar varias perspectivas o una de ellas, en el entendido que tanto la adecuación a la realidad (prueba empírica), como la coherencia del discurso (prueba teórica) deben considerarse paradójicas por ser imposibles. Por una parte, los datos sin teoría no podrían ser interpretados, ya que los datos no existen en la ‘realidad’, y por lo tanto tampoco se ‘recogen’, sino que se construyen desde una teoría. Por otra parte, la teoría o razonamiento lógico requiere apoyarse en lo empírico para no convertirse en especulación vacía (García Ferrando, 1989). Así, es necesaria una epistemología y una metodología que sustente a la técnica de investigación (Canales & Peinado, 1995).

La aplicación empírica de esta tesis se enmarcará en lo que se ha llamado una metodología cualitativa. Esta metodología renuncia a la condición de ‘dato’ del lenguaje e implica una ruptura epistemológica, en la medida que lo considera no sólo un instrumento para investigar la sociedad, sino como lo que constituye a la investigación o

al menos es coextensivo con ella en el espacio y en el tiempo (García Ferrando, 1989). Esta ruptura epistemológica parece ser la continuación, al menos en parte, de la ruptura que produce Freud en el acercamiento al objeto de estudio, al orientarse hacia el decir del paciente en oposición a la búsqueda de la “pseudoexactitud de la entrevista psiquiátrica” (Freud, 1912a).

Más específicamente, se utilizará la llamada ‘entrevista en profundidad’. Esta técnica se puede considerar heredera de la sesión de psicoanálisis o clínica (García Ferrando, 1989), y encuentra su productividad en el contexto de la función expresiva del lenguaje. La entrevista sería “un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona [...] que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor. Entendemos aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado. Orientación, deformación o interpretación que muchas veces resulta más interesante informativamente que la propia exposición cronológica o sistemática de acontecimientos, más o menos factuales” (Alonso, 1995, pp. 225-226). La confluencia de esta concepción con lo planteado por Freud ya en *Sobre [Hacia] la psicoterapia de la histeria* (Freud, 1895) es llamativa. Sin embargo, es necesario distinguir entre una ‘entrevista terapéutica o clínica’ y una ‘entrevista de investigación social’. Esta última es “una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso *conversacional, continuo y con una cierta línea argumental* – no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo – del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación” (Alonso, 1995, p.228). Se han planteado cuatro campos básicos de utilización de la entrevista en profundida (Alonso, 1995). Para efectos de esta tesis interesarán dos de estos campos. El campo referido a la reconstrucción de acciones pasadas, en particular al ‘análisis retrospectivo de la acción’, y el campo del estudio de representaciones sociales personalizadas.

El producto informativo generado por la entrevista tiene una ‘*subjetividad directa*’, lo que sería su principal característica así como su principal limitación. En este sentido, se utiliza cuando lo que interesa son los actos ilocutorio más expresivos, en el sentido de Jakobson, discursos que cristalizan las situaciones de descentramiento y diferencia expresa. Este tipo de entrevista se sitúa en un campo intermedio entre el hacer y el decir, en un campo que sería el ‘*decir del hacer*’. La información que se obtiene aludiría al cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. La entrevista se podrá juzgar sólo por sus resultados finales, en relación a la riqueza heurística de las producciones discursivas obtenidas.

En el análisis posterior de la entrevista en profundidad el investigador será un sujeto en proceso que se integra en el proceso de investigación. La elaboración de la masa de datos obtenida no se rige por ningún procedimiento algoritmizado, ni con reglas a priori que le indiquen cómo ha de proceder, sino con su intuición y con una constante vigilancia epistemológica que analice las condiciones que le mueven a interpretar cómo lo hace: “La interpretación es una lectura: escucha de una realidad que habla. Por eso parte de la intuición. Como punto de partida, el investigador intuye [...] Pero, en una segunda operación (análisis), debe evaluar esas intuiciones [...] Frotar sus intuiciones contra las teorías construidas – o constuibles – verificarlas en un proceso que articula su dimensión sistemática (coherencia con el conjunto de los campos teóricos) y su dimensión operatoria (aplicabilidad a los fenómenos)” (Ibáñez, 1979, pp.350-351).

4.2 Características de los pacientes entrevistados y descripción del circuito de ‘entrevistas previas’

La muestra fue escogida de un grupo de pacientes que han pasado por el proceso completo de una etapa a la que se llamará ‘**entrevistas previas**’, que forma parte de un programa de tratamiento para pacientes que han desarrollado una adicción, entre los años 1999 y 2005. Esta etapa de ‘llegada’ está orientada, desde una lógica psicoanalítica, a crear las condiciones que permitan la entrada al proceso de tratamiento propiamente tal. Se han realizado aproximadamente 170 primeras entrevistas. Alrededor de 50 pacientes

han completado el proceso de ‘llegada’ y han entrado a tratamiento. Los pacientes han estado en un rango de edad de 16-62 años. Alrededor del 80% han sido hombres, y han pertenecido a niveles socio-económicos entre medio y alto. Las sustancias consumidas son en general una combinación de alcohol, cocaína y marihuana. Hay un grupo de pacientes cuyo consumo ha sido sólo alcohol (en general mayores), o sólo marihuana (en general jóvenes). Se presenta un cuadro resumen de las características de los sujetos que han pasado por esta etapa:

Nivel socioeconómico	medio y medio-alto
Edad promedio	30 años
Relación hombre - mujer	Hombres: 83% Mujeres: 17%
Rango de edad	16 a 62 años
Porcentaje pacientes hospitalizados	25% de los pacientes
Forma de llegada	Traídos por la familia: 90% Derivados prof. Salud: 5% Derivados lugar trabajo: 2,5% Consulta espontánea: 2,5%
Tipo de sustancia consumida	Sólo alcohol: 12,5% Alcohol y marihuana: 10% Alcohol, marihuana y cocaína: 77,5%

El proceso en esta etapa de ‘entrevistas previas’ consiste en una intervención terapéutica de una duración aproximada de seis semanas. Durante la etapa de las ‘entrevistas previas’ se realiza, al menos, entrevistas psicológicas individuales con el paciente, y en la mayoría de los casos también entrevistas familiares. En algunos casos también se llevan a cabo entrevistas individuales psiquiátricas que pueden incluir o no la prescripción de psicofármacos o la petición de realización de exámenes médicos.

Los objetivos de este proceso son:

- i) realizar un diagnóstico tanto objetivo como subjetivo (este último tanto individual como familiarmente)
- ii) lograr generar condiciones que permitan la entrada a un programa de tratamiento ambulatorio de adicciones o, eventualmente, la entrada a una fase de hospitalización

A.- Circuito del proceso:

Como parte del procedimiento seguido por los profesionales a cargo del programa de tratamiento, se realiza una primera entrevista o entrevista de recepción con el potencial paciente, que se considera da comienzo al proceso de **‘entrada’**. En el caso que la consulta haya sido solicitada por terceros, se les pide que ellos también acudan a ella. Eventualmente, a esta primera entrevista podrían acudir sólo los familiares (cuando no saben cómo plantearle al miembro con el problema su preocupación). En esta primera entrevista se les pide a los familiares que planteen el por qué de su preocupación por el potencial paciente, y a éste se le pide que opine sobre las inquietudes de los familiares. Luego se le pide al paciente que haga una breve historia de su relación con las distintas sustancias. La historia que relata el paciente hace concluir un diagnóstico en relación a su patrón de consumo de sustancias. El profesional a cargo de la entrevista plantea el diagnóstico al que ha llegado (en caso de haberlo hecho) y explica en qué consiste la categoría diagnóstica correspondiente que, por haber pedido el paciente o sus familiares una hora para el programa de tratamiento de adicciones, en la gran mayoría de los casos es adicción a sustancias químicas. Se cuida de plantear este diagnóstico como algo que le ocurre al sujeto y no como algo que el sujeto *es*. Es decir, se habla de *haber desarrollado una adicción* y no de *ser un adicto*. Luego se intenta llegar a un **‘acuerdo’** que puede implicar:

- i) la realización de un período de **‘evaluación’** de algunas semanas, con el fin de entender mejor la situación, ya que si bien el paciente ha desarrollado una adicción, que es un diagnóstico genérico, la adicción se da en una persona

particular que siempre será distinta de los demás. Esta particularidad hace que sea necesario conocer al paciente y la dinámica familiar con más detalle, para distinguir los elementos puestos en juego y el contexto en que se da la adicción en cada caso específico. En los casos en que no se ha llegado a establecer un diagnóstico en relación al consumo de sustancias, se plantea que la ‘evaluación’ permitirá aclarar este punto

- ii) la **hospitalización** del paciente. En algunos casos, dado la gravedad de la situación, se sugiere que el paciente se hospitalice inmediatamente sin realizar la etapa de evaluación ambulatoria

La etapa de ‘entrada’ culmina cuando se ha llegado al ‘acuerdo’ antes mencionado. Esto puede ocurrir en la primera entrevista, o puede requerir la realización de otras entrevistas adicionales. Normalmente culmina en la primera entrevista, cuando a ella asiste el paciente y al menos un familiar.

Si lo que se acordó fue la realización de una ‘evaluación’ se llevan a cabo los siguientes pasos:

- i) el paciente asistirá una vez por semana a entrevistas individuales psicológicas
- ii) algunos miembros de la familia (en caso de existir un apoyo familiar, lo cual sucede en la gran mayoría de los casos), con o sin el paciente (lo que queda a criterio de los terapeutas), asistirán una vez por semana al centro a reuniones psicológicas
- iii) el paciente asistirá a algunas reuniones psiquiátricas, con el fin de evaluar la posibilidad de ser ayudado farmacológicamente
- iv) El ‘acuerdo’ incluye que durante este período de 6 semanas, el paciente intentará no consumir ningún tipo de sustancias adictivas. En algunos casos, el acuerdo

incluirá la realización de exámenes de laboratorio para detectar la presencia de sustancias adictivas en la orina. Se sugiere, además, la puesta en práctica de algunas de las llamadas ‘medidas de protección’, consistentes en modificaciones del contexto personal, familiar y social que se consideren pueden ser relevantes para lograr la abstinencia. Estas medidas funcionan como ‘sugerencias’ y son distintas para cada caso.

Durante este período de ‘evaluación’, es posible que el paciente logre o no entrar en abstinencia. Lo importante es que se mantenga el acuerdo de una intención de hacerlo por parte del paciente.

Cuando el ‘acuerdo’ en la ‘entrada’ ha implicado la hospitalización, se intenta que ésta se realice lo antes posible, idealmente el mismo día. Para esto se sugiere algunos lugares con los cuales se trabaja habitualmente.

El circuito culmina con la deserción o con un ‘**cierre**’, el que se puede dar de tres formas:

- i) con el paciente habiendo logrado entrar en abstinencia ambulatoriamente (70% de los casos que culminan la ‘evaluación’): consiste en una entrevista con el paciente y los familiares que han participado del proceso, en la cual los terapeutas plantean que se ha terminado el proceso de evaluación y que están dadas las condiciones para que el paciente ingrese al programa de tratamiento propiamente tal. Se asume que no ha sido necesaria la hospitalización para que el paciente ingrese al programa. El paciente y su familia pueden aceptar o no el ingreso al programa de tratamiento.
- ii) con el paciente sin haber logrado entrar en abstinencia ambulatoriamente (25% de los casos que culminan la ‘evaluación’): consiste en una entrevista con el paciente y algun(os) familiar(es) en la cual se decide que dada la dificultad para detener el consumo, el paciente se hospitalizará para conseguirlo. Como en cada una de las instancias de decisión, el paciente debe estar de acuerdo.

iii) con el paciente habiendo logrado la abstinencia vía la hospitalización desde el inicio, pero sin que se haya acordado la entrada a un tratamiento aún. Antes de la salida de la hospitalización se realiza una entrevista con el paciente y los familiares involucrados en la cual se discute la integración a un programa de tratamiento ambulatorio una vez finalizada la hospitalización.

B.- Instancias organizacionales involucradas

Desde los consultantes está la participación de:

- a) el paciente
- b) algun(os) familiar(es) del paciente
- c) algún otro significativo: pocas veces se da esta instancia, y está compuesta por algún representante del lugar de trabajo.

Desde el equipo terapéutico está la participación de:

- a) el terapeuta individual
- b) el terapeuta familiar (distinto del primero)
- c) el psiquiatra
- d) el resto del equipo terapéutico
- e) el director del equipo

Todos los integrantes del equipo terapéutico (4 psicólogos y un psiquiatra), se reúnen una vez por semana, por espacio de dos horas y media. En esta instancia se toman las decisiones con respecto a la estrategia a seguir en cada uno de los casos, en las distintas instancias terapéuticas. Se elabora una estrategia para cada caso, de acuerdo a las apreciaciones sobre las dinámicas y diagnósticos involucrados que se haciendo los terapeutas que participan del proceso.

Antes de la primera entrevista, cuando se sabe que un paciente ha tomado una citación a través del centro de llamadas del servicio, un psicólogo del equipo llama a la persona que

pidió la hora, para decirle que es importante que el paciente venga con al menos un familiar. La recepción del caso la hace siempre el director del equipo. Al final de la primera entrevista, haya habido o no ‘acuerdo’ para dar por finalizada la ‘entrada’, se le plantea al paciente y el familiar(es) que lo acompaña(n) y su familia que se los llamará para darle las siguientes citaciones. El contenido de la entrevista de recepción se discute en la reunión semanal del equipo, y se le asigna un terapeuta individual y uno de familia al paciente. De acuerdo al análisis que se realiza del caso, se decide a qué familiares se citará y si se lo(s) citará en conjunto con el paciente o sin él. También se decide si el paciente será citado o no a una entrevista psiquiátrica y en qué momento. Otra decisión que hay que tomar es el orden en que se realizarán las entrevistas y los objetivos que perseguirán en cada una de ellas.

Durante toda la ‘evaluación’ (y las entrevistas que pudieran requerirse para llegar al ‘acuerdo’), el caso del paciente y su entorno es discutido y analizado semana a semana en las reuniones de equipo. Cada semana se va recogiendo la información de cada uno de los terapeutas, se va redefiniendo el cuadro clínico y se va reelaborando las estrategias a seguir. Esto incluye, en algunos casos, la prescripción de medicamentos. Finalmente, se decide dar por terminado el proceso completo.

El equipo tiene una estructura en la cual el director define la estrategia final a seguir en caso de haber distintas opiniones. Es crucial que todos los integrantes se ciñan a la estrategia acordada, más allá de las naturales diferencias de apreciación que se pudieran producir durante la discusión.

C.- Criterios (diagnósticos y de resultado) que guían algunos momentos decisionales del equipo.

- i) En la entrevista de recepción es necesario evaluar si pudiera resultar importante el sugerirle al paciente y su familia que se hospitalice inmediatamente. Esto se haría en casos en que a) se evalúe que la vida del paciente está en riesgo serio b) se conjuguen las siguientes situaciones: un consumo grave de sustancias que pone en

riesgo la vida del paciente (no necesariamente serio como en el caso anterior) + se piense que hay muy pocas posibilidades de que el paciente entre en abstinencia + la situación de consulta parezca ser una oportunidad única que posiblemente no se vuelva a repetir y, por lo tanto, sea altamente probable que el paciente no vuelva. Es poco habitual que se produzca la combinación de estas tres situaciones.

- ii) Si no se logra llegar al ‘acuerdo’ en la primera entrevista, será necesario tener otras entrevistas con los familiares, el paciente, los familiares y el paciente, con el fin de lograr el ‘acuerdo’ que da por terminada la etapa de la ‘entrada’, es decir, el acuerdo de abstinencia y de asistencia a algunas entrevistas como parte de la ‘evaluación’. En ese caso, en la primera entrevista, de todas formas será necesario un acuerdo, al menos con la familia o el paciente, idealmente con ambos, de que se tendrán algunas entrevistas para seguir conversando, sin que se haya llegado a lo que se llama el ‘acuerdo’ propiamente tal. Este proceso puede durar un tiempo indefinido. Se mantiene en la medida que el equipo terapéutico tenga la impresión que ‘se va en camino a lograr el ‘acuerdo’’. El si ‘se va en camino’ o si el proceso se detuvo, es algo que se evalúa semana a semana en la reunión del equipo terapéutico.
- iii) Si ya se logró el ‘acuerdo’ y se pasa a la ‘evaluación’, se irá recogiendo semana a semana la impresión que tienen los distintos terapeutas del proceso en marcha, y si se va o no ‘en camino’ a lograr los objetivos de esta etapa. Los objetivos de la evaluación son i) lograr que el paciente se mantenga en abstinencia de la sustancia en forma ambulatoria, al menos tres semanas ii) lograr una toma de distancia del paciente en relación a su forma de consumo de sustancias que le permita mantener la decisión de abstinencia y participar y/o aceptar la decisión de entrar a un tratamiento con características particulares (asistencia 2-3 veces por semana al centro que incluye las instancias de terapia individual, familiar y grupal, mantenimiento de la abstinencia, tratamiento de dos años) iii) lograr romper dinámicas familiares propias de esta situación (codependencia) de manera que la familia se organice en torno a precipitar la entrada a tratamiento del miembro con

la adicción. Estos objetivos se alcanzan normalmente en un plazo de 5-6 semanas. Sin embargo, la etapa de ‘evaluación’ tampoco tiene un tiempo predeterminado, lo importante vuelve a ser que los profesionales del equipo tengan la impresión que se ‘va en camino’ a alcanzar los objetivos propuestos. Si el equipo tiene la impresión que no se ‘va en camino’ se realiza una entrevista con las personas que se estime conveniente en ese momento con el fin plantearles un ‘reordenamiento del proceso’. Durante esta fase, semana a semana es necesario decidir a quienes se irá citando cada vez, lo que se hace en el equipo terapéutico, y cuáles son las temáticas y el modo de abordarlas en cada instancia. Cada terapeuta, teniendo esto en mente, tendrá que decidir en cada entrevista cómo llevar a cabo lo propuesto, pudiendo tomar la decisión de cambiar la estrategia planteada por el equipo si le parece muy necesario. Si se logran todos los objetivos se decidirá proponer al paciente y su familia el **‘ingreso’** a tratamiento. Si durante la evaluación se llega a la conclusión de que el proceso se ha detenido debido a que el paciente no logra dejar de consumir la sustancia (lo que no siempre ocurre cuando el paciente no logra detener el consumo), se tomará la decisión de plantearle a la familia y al paciente la necesidad que se hospitalice o que se realicen los ajustes necesarios para reordenar el proceso. Este planteamiento puede tener como resultado que el paciente se hospitalice, la familia decida dejar de asistir al proceso si el paciente se niega, o que se relance la ‘evaluación’ bajo condiciones distintas que hagan pensar en un resultado favorable. El abrir la posibilidad a un ‘relanzamiento’ de la evaluación en forma ambulatoria, o el sugerir como una única alternativa la hospitalización del paciente, es una decisión que el equipo deberá tomar en cada caso.

- iv) Finalmente se realiza el ‘cierre’, que lleva a que el paciente y su familia decidan el ‘ingreso’ a tratamiento, decidan buscar otra alternativa, o decidan seguir solos en el camino ya iniciado. El cierre exitoso es el que involucra la decisión de continuar a la fase de tratamiento, es decir, que se produzca el ‘ingreso’.

El siguiente es un esquema visual del proceso:

4.3 Selección de la muestra

Inicialmente se han definido los siguientes 14 grupos de pacientes:

- 1.- Familiares del paciente (sin el paciente) acuden sólo a la primera entrevista
- 2.- Paciente con/sin familiares acude(n) a una(s) entrevista(s) pero no se alcanza a producir el ‘acuerdo’ al proceso y hay salida del circuito
- 3.- Paciente con/sin familiares acude(n) a una(s) entrevista(s). Se llega a ‘acuerdo’ que lleva a la hospitalización.
- 4.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + mantenimiento abstinencia + aceptación de propuesta de ingreso a tratamiento en el cierre.
- 5.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + mantenimiento abstinencia, sin aceptación de propuesta de ingreso a tratamiento en el cierre.
- 6.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + mantenimiento abstinencia + propuesta de reordenamiento + aceptación de propuesta de ingreso a tratamiento en el cierre.
- 7.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + mantenimiento abstinencia + propuesta de reordenamiento, sin aceptación de propuesta de ingreso a tratamiento en el cierre.
- 8.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + logro posterior abstinencia + aceptación de propuesta de ingreso en el cierre.
- 9.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + logro posterior abstinencia, sin aceptación de propuesta de ingreso en el cierre.
- 10.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + no logro posterior de abstinencia + propuesta de hospitalización no aceptada + logro posterior de abstinencia + aceptación propuesta de ingreso en el cierre.
- 11.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + no logro posterior de abstinencia + propuesta de hospitalización no aceptada + logro posterior de abstinencia, sin aceptación propuesta de ingreso en el cierre.
- 12.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + no logro posterior de abstinencia + propuesta de hospitalización no aceptada , sin logro posterior de abstinencia + aceptación final de hospitalización

13.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + no logro posterior de abstinencia + propuesta de hospitalización no aceptada , sin logro posterior de abstinencia + salida del circuito.

14.- ‘Acuerdo’ de realizar ‘evaluación’ + recaída(s) + no logro posterior de abstinencia + propuesta de hospitalización + aceptación propuesta de hospitalización

A partir de estos 14 grupos se han estructurado seis nuevos grupos, que abarcan las diversas dimensiones del proceso, de forma de mantener la mayor amplitud de experiencias en la muestra que se seleccione. Tomando en cuenta las 170 entrevistas realizadas:

a.- con ‘ingreso’ ambulatorio a tratamiento, sin recaídas. Aprox. 14% pacientes

b.- con ‘ingreso’ ambulatorio a tratamiento, con recaídas. Aprox. 10 % pacientes

c.- con ‘ingreso’ hospitalizado con etapa de ‘evaluación’. Aprox. 7% pacientes

d.- con ‘ingreso’ hospitalizado sin etapa de ‘evaluación’. Aprox. 1% pacientes

e.- no ‘ingreso’ con ‘acuerdo’. Aprox. 58% pacientes

f.- no ‘ingreso’ sin ‘acuerdo’. Aprox. 10% pacientes

Los pacientes que interesan para efecto de este estudio son los pertenecientes a los grupos ‘a’, ‘b’, ‘c’ y ‘d’. Es decir, pacientes que finalizaron la etapa de ‘entrevistas previas’ con el ‘ingreso’ a tratamiento. La detención del consumo lograda en esta etapa permitirá que los pacientes den cuenta, a través de su relato, de la experiencia vivida durante el proceso. Se ha seleccionado un paciente de cada uno de estos grupos. También se ha incorporado un factor para esta selección relacionado con el tiempo que ha transcurrido desde que el paciente finalizó su participación en esta etapa de intervención. Este tiempo varía entre los seis años y las dos semanas, por lo que se seleccionaron pacientes que abarcan distintos momentos en este rango. Para cumplir con este objetivo se agregó un paciente al grupo ‘a’ y otro al grupo ‘b’. Los pacientes seleccionados son seis en total.

Entre los pacientes entrevistados hay a un caso en que el paciente acude a la primera entrevista con su familia y el ‘acuerdo’ al que se llega implica la hospitalización inmediata. En los otros cinco casos el ‘acuerdo’ involucra la realización de una etapa de ‘evaluación’. De los seis casos, en dos de ellos el paciente acude a la primera entrevista junto a algún familiar; dos casos acuden solos a la primera entrevista, pero el ir a esta primera entrevista era producto de un acuerdo entre el paciente y la familia (en uno de estos casos la familia se había comunicado previamente con el equipo de profesionales); dos casos llegan a la primera entrevista sin que los familiares se enteren (uno de estos casos había sido derivado por otro profesional que se había comunicado previamente con el equipo de tratamiento). Todos los pacientes entrevistados son hombres y su rango de edad está entre los 25 y 37 años. Uno de ellos consumía sólo alcohol, y los otros cinco alcohol, marihuana y cocaína.

4.4 El proceso seguido para el análisis de las entrevistas

En primer lugar se realizó una lectura de cada entrevista, teniendo presente las categorías conceptuales y estructura planteadas en el marco teórico. A partir de esta lectura se realizó un comentario general de cada una de las entrevistas, intentando dar cuenta del significado de cada entrevista como una unidad. Se sintetizó el significado asociado a la enunciación de cada una de las entrevistas en un ‘título’ (Anexo A).

En segundo lugar, los contenidos de las entrevistas fueron vaciados en ‘categorías iniciales’ formadas a partir de la lectura de ellas. Se intentó incluir todos los temas que, en un acercamiento inicial, pudieran tener alguna relevancia desde la perspectiva de la estructura otorgada por el marco teórico. El resultado fue la formación de 40 categorías distintas que permitían abarcar los contenidos de las seis entrevistas (Anexo B).

En tercer lugar, a partir de estas 40 categorías iniciales, se realizó un nuevo vaciado distinguiendo ‘temáticas comunes’, ‘temáticas asociadas a situaciones particulares de entrada’, y ‘temáticas compartidas’ (Anexo C). Con esto se comenzó a realizar un ‘mapa’ de las posiciones y contenidos presentes en el relato de los sujetos, con la intención de

poder ir dibujando una ‘estructura’ de las posiciones discursivas. El mapa de posiciones permite una organización de los tópicos (los lugares comunes y las variantes comunes y particulares) que ya anuncia la estructura de sentido del discurso de los pacientes.

En cuarto lugar, teniendo presente las 40 categorías ya mencionadas, por una parte, y el mapa inicial de la estructura de sentido del discurso de los pacientes por otra, los contenidos de cada una de las entrevistas fueron vaciados en categorías asociadas a distintos momentos de los procesos de llegada a consultar y de evaluación de los sujetos. El primer momento fue llamado ‘situación previa a la entrevista’, el segundo ‘decisión de entrar’, el tercero ‘entrada’ y el cuarto ‘período de evaluación’ (Anexo D). A la ‘situación previa a la entrevista’ se les asoció los sentidos del discurso relacionados con que:

- sabe que está desorganizado subjetivamente
- sabe que tiene problemas con consumo de sustancias (consistente en una pérdida de control)
- sabe que tiene que hacer algo, sin embargo, no es capaz de tomar decisiones ni de actuar. Oscilación entre dos posiciones subjetivas. El paso a la acción está de lado del consumo y no del hacer algo con el problema

A la ‘decisión de entrar’ se le asoció la subcategoría:

- Razón por la que toma la decisión de hacer algo

En relación a la ‘entrada’, el sentido del discurso discurrió por:

- A pesar de lo que sabe, relato de historia de consumo y diagnóstico de adicción tiene un efecto: hay un encuentro entre el punto desde donde el paciente se mira y el lugar del Otro
- Se llega a un acuerdo en la primera entrevista, de realizar evaluación (hospitalización) y detener el consumo

Los relatos sobre 'período de evaluación' estuvieron cruzados por:

- Deseos de consumo son intensos en las primeras semanas y los terceros significativos son muy importantes para mantenerse sin consumir (o clínica). Hay un cierto 'dejarse llevar' por otros, ya que en el paciente hay un 'querer salir' más que un ir a algún lado claro. También hay un desafío personal
- Detención del consumo produce un rearmado en el sujeto
- La toma de decisión de detener el consumo hace que el sujeto comience a resituarse en su historia

En quinto lugar, a partir de estas categorizaciones realizadas, se confeccionó un mapa de las posiciones discursivas definitivo, estructurando un conjunto de posiciones recíprocamente referidas, en que cada una vale por diferencia de posición respecto a todas la otras (Anexo E). Con este mapa de las posiciones discursivas, se volvió a revisar los conceptos formulados en el marco teórico y se fue 'tejiendo' la glosa que se puede encontrar en el capítulo de resultados y hallazgos (Capítulo 5). Esta glosa es producto de la elaboración del mapa, incorporando como inscripciones los enunciados que permiten el comentario, que en este sentido es paráfrasis, funcionando bajo la fórmula "dicho de otra manera".

Finalmente, se realizó una discusión de los conceptos y problemas planteados en el marco teórico, a la luz de los resultados y hallazgos encontrados. Desde la discusión desarrollada se fue llegando a conclusiones referidas a los tópicos relevantes para los objetivos propuestos en este trabajo. Estas conclusiones están relacionadas tanto con el plano teórico como en el plano técnico de los abordajes terapéuticos en pacientes que han desarrollado una adicción a sustancias químicas.

Capítulo 5: Resultados y hallazgos

5.1 Presentación general de resultados

La inscripción de un paciente en el circuito de las entrevistas previas, organiza el discurso del colectivo en cuatro momentos. Un momento externo y previo del que se hablará como prehistoria del proceso; un momento fronterizo que pone en tensión las condiciones de una inscripción; el paso que lleva a una ‘entrada’ a un proceso de consulta; y el desarrollo del proceso del proceso de ‘evaluación’ que posibilitará el ‘ingreso’ a un tratamiento. Estos momentos corresponden a los apartados.

Para el primer momento, tres campos discursivos organizan el decir del paciente: la desorganización subjetiva; la relación de esta desorganización con el consumo de sustancias y la oscilación de las posiciones subjetivas como un elemento central de la situación mental al momento de la ‘entrada’.

Para el primer campo, la desorganización subjetiva, se presenta circulando entre tres sentidos básicos del discurso, cuales son la sensación de pérdida de sí mismo y la dificultad en la relación con la realidad; la presencia de la idea de la muerte y el suicidio; la referencia a conductas antisociales y sentimientos de culpabilidad.

En el segundo campo, que relaciona esta desorganización con el consumo de sustancias, el discurso queda cruzado por las atribuciones causales y la noción de círculo vicioso; y por las características de la adicción.

El tercer campo, que apunta a la oscilación de las posiciones subjetivas como un elemento central de la situación mental previa al momento de la ‘entrada’, implica un discurso en el que aparece un sujeto que sabe que ‘está mal’ y que debe hacer algo en relación a su situación de consumo de sustancias; en que aparece la importancia de la oscilación subjetiva para una paralización del accionar; que muestra la influencia del consumo adictivo en la oscilación subjetiva.

En el segundo momento se pueden distinguir tres sentidos principales atravesando el discurso. En primer lugar, la importancia de la intervención de terceros para la puesta en marcha de una decisión por parte del sujeto. Luego, el que, a pesar de lo anterior, el paciente no deja de sentirse tomando una decisión. Finalmente, el que no toda intervención de terceros surte efecto.

El tercer momento, el de la 'entrada', queda compuesto por el campo referidos al efecto que sobre el sujeto tiene la formulación de un diagnóstico; y por el campo del establecimiento de un 'acuerdo' que da por terminada la fase de 'entrada'.

El primer campo de este tercer momento incluye tres sentidos básicos. El primero de ellos hace referencia a un diagnóstico que se ubica sobre lo 'ya sabido' desde una de las posiciones del sujeto; el segundo con el diagnóstico como una oportunidad de hacer vacilar una visión previa y fomentar un 'reagrupamiento' en la percepción de las vivencias; el tercero, con el diagnóstico permitiendo la revelación de un secreto.

El segundo campo, el del establecimiento del 'acuerdo', está cruzado por los sentidos del temor asociado a la detención del consumo; por la demarcación de un 'antes y un después'; por la relación entre el establecimiento del acuerdo y la oscilación subjetiva; por la influencia de terceros en el aceptar el acuerdo; y por la eventual relación entre el acuerdo y la decisión de hospitalización del paciente.

Finalmente, el cuarto momento, referido al desarrollo del período de la 'evaluación', queda compuesto por el campo de la detención del consumo de sustancias, y el campo de la 'reaparición' del sujeto.

En el primero de estos campos, los sentidos del discurso pasan por las dificultades asociadas a la detención del consumo de sustancias; la importancia del apoyo de terceros en esta detención; las medidas de protección y la identificación de los deseos de consumo en la prevención de recaídas; el compromiso propio del paciente en la detención del

consumo y su vulnerabilidad en este sentido; la validación, cambio y resignificación del ‘acuerdo’ inicialmente establecido, como parte del proceso de ‘evaluación’; el efecto simbólico que tiene la hospitalización, más allá de sus aspectos prácticos; y el efecto de la recaída en el proceso de ‘evaluación’.

En el campo referido a la ‘reaparición’ del sujeto, se puede distinguir un sentido asociado al ‘rearmado’ del sujeto, y un sentido cruzado por el resituarse del sujeto en su propia historia.

5.2 *Resultados del análisis de las entrevistas*

5.2.1 *La situación mental del sujeto previa a la ‘entrada’*

5.2.1.1 *La desorganización subjetiva*

Todos los pacientes entrevistados describen una situación mental previa a su llegada a consultar, marcada por una fuerte sensación de desorganización en su forma de funcionamiento. Existiría una sensación de vivir establemente en una posición crítica, a la cual no se le ha podido encontrar una salida. A pesar de esta desorganización en el funcionamiento, se mantiene la capacidad de realizar las actividades necesarias para conseguir las sustancias y poder consumirlas.

a) La pérdida de sí mismo y la dificultad en la relación con la realidad

Algunos pacientes tienen la impresión que esta desorganización afecta a algunos aspectos de su vida, y otros la viven como algo que cruza todos los ámbitos. La desorganización se puede vivir como una falta de capacidad y/o motivación en la realización de las actividades que no tienen que ver con el consumo de alcohol

- no rindes en la pega, lo que tú quisieras rendir, no rindes en la casa, lo que quisieras rendir, no rindes lo que tú crees que eres capaz de rendir, por lo tanto algo pasa, que yo ando impávido por la vida, lo que me digan da lo mismo mientras... pase piola, que ¿ah?, total en el tumulto paso colado (CG)

Pero también puede ser vivida como una sensación de haber perdido algo propio de sí mismo

- si uno no es sujeto (CG)

- cada vez que yo me tiraba algo es como que me pasaba a llevar, era como que me trataba de parar, me tiraba algo... y al suelo, al suelo, todo el rato al suelo, era como que me pasaba llevar a mí mismo, todo el rato (SG)

El dejar de ser “sujeto” habla de una pérdida profunda de la capacidad de tener una posición organizada frente al medio. En este caso esta pérdida está directamente relacionada con su vínculo con el alcohol. El alcohol habría impregnado su ser sujeto borrándolo. Otra forma de experimentar esta pérdida sería a través de la impresión de una profunda transformación en sí mismo

- me estaba transformando en un monstruo (EP)

Esta transformación de sí mismo se ve también como un haber dado un paso hacia la locura, hacia la pérdida del sentido de las cosas

- y de hecho después ya con la lucidez y con el tiempo me di cuenta que era un huevón loco, no es que yo haya estado, era, eso me tenía muy angustiado (EP)
- también me daba cuenta de los rayones que me pegaba, paranoia, claro, veía cómo estaba mi vida, tenía la cagada en mi vida, la embarrada gigante que tenía por todos lados, porque había quemado todas las alternativas (SG)

La desorganización subjetiva va produciendo una relación muy conflictiva con la realidad en sus distintos planos, lo que también lleva a que esta realidad comience a ser percibida como inmanejable a pesar de no estar viviendo necesariamente circunstancias objetivas catastróficas

- ya estaba completamente superado por la vida que estaba viviendo (HG)
- el día a día es muy malo eh... todas las... desorden alimenticio, el no poder mirar a la cara (HG)

La desorganización puede percibirse como afectando las capacidades cognitivas

- yo ya me daba cuenta que... de que no podía hilar bien las ideas (HG)

b) La idea de la muerte y el suicidio

Esta desorganización del sujeto puede llevar a vivir en situaciones límite, lo que puede asociarse con la aparición de ideas suicidas claras y recurrentes, que parecen tener el sentido de encontrar finalmente una salida a lo que se está viviendo

- sí, de hecho, no sé, mi viejo tenía una pistola en la casa, súper fácil, o conseguirse una pistola, súper fácil, dónde andaba metido era fácil... es rápido, no tan doloroso, y de hecho fantaseaba con la cuestión, y me tranquilizaba, me venía la idea que mañana se acababa, cachai. Era eso, había caído en eso, esa era la esperanza que había en eso, cachai, por eso llegué al tratamiento para darme una oportunidad, para ver si hay algo más acá. Si es que hay algo más acá. Yo ya había perdido la esperanza hace mucho tiempo, mucho mucho tiempo, llegué por rebote, o sea no sé si por rebote (SG)
- entonces llega un momento en que... yo pensé quitarme la vida, pero era tan maricón que no sé si iba a concretar eso, pero era una idea... una idea, una salida más, porque cómo enfrentaba yo ese escenario, ya no podía enfrentarlo [...] en un momento qué, me pego un tiro. No tenía los cojones pa' pegarme un tiro, cachai (EP)

El fantasear con el suicidio incluso puede llevar a que el sujeto sienta alivio frente a lo que está viviendo, lo que deja ver lo angustiante e insostenible de la desorganización que se está viviendo. Otra forma en que puede aparecer idea del suicidio es en el morir a través del consumo de sustancias

- yo pensé en morirme tomando, drogándome o algo así (EP)

La muerte aparece en el horizonte de los sujetos no sólo con la noción de suicidio. También se hace presente a partir de la impresión de catástrofe inminente en la cual se puede llegar a vivir. Esto puede causar la emergencia de un fuerte temor por las cosas que pudieran suceder producto del estado mental en el cual el sujeto se encuentra. Hay una clara sensación de una falta completa de control en lo que ocurre a su alrededor, lo que deriva en distintas situaciones que llevan a la muerte

- eso me tenía muy atemorizado, porque cada vez que consumía estaba perdiendo la conciencia, y eso me daba mucho miedo, por eso estaba condenado a muerte [...] yo estaba condenado a muerte, o yo me iba a morir o me iban a matar, yo vivo no iba a estar mucho tiempo (EP)
- me estaba dando cada día más miedo el tener que tratar de reconstruir cosas el día después, y no poder reconstruirlas por no tener nada de conciencia. Eso me provocó mucho miedo, me provocó mucho miedo el haber manejado una hora y media a la playa sin saber cómo mierda llegué a la playa, me provocaba mucho miedo el salir solo a la vida, arriba de un auto, con plata en el bolsillo, sin tener la más prostituta idea de lo que hacía (EP)
- a ver, eh, bueno... haber perdido mi pareja, yo ya tenía la idea, de alrededor los 19, 20, 21 años que... a los 19 mi papá me echó de la casa, me dijo que me fuera a vivir con mi mamá y... y ahí como que ya... y el haber chocado tantos autos, o sea, por decirte algo, el haber estado tan cerca de matarme tantas veces (SG)
- entoces, era un espiral de violencia que se venía, heavy poh, que ya estaba perdiendo absolutamente el control, me estaba metiendo el en tráfico, estaba jugando con fuego, y de ahí no iba a salir vivo, de ninguna forma, o iba a terminar en cana, o de repente me iba a salir un huevón choro y puta, me iba a hacer mierda [...] o yo iba a terminar muerto porque iba a terminar en cualquier lugar, en cualquier parte (EP)
- unos lo van a poder hacer sin tratamiento y otros lamentablemente van a tener que pasar por un tratamiento, porque sin no se van a morir, y muchos se van a morir... porque les va a dar... cualquier huevada (CG)

El matar a otros también es algo que se está dentro de las alternativas que se saben posibles

- pero ahí dije ‘puedo terminar en una grande cachai’, o sea hacer algo realmente grande, como matar a alguien, que realmente no tuviera una vuelta tan fácil, como que había perdido la... de hecho ya no me importaba nada, era tal cual, me asustaba de volverme eso, pero había perdido la importancia por las cosas, todo, todo (SG)
- o yo iba a matar a un huevón porque lo atropellé curado (EP)
- tengo un tío que fue declarado adicto al alcohol y previo a eso atropelló a un huevón y lo mató (CG)

c) Las conductas antisociales y los sentimientos de culpabilidad

Otro aspecto que aparece asociado a esta desorganización es la aparición utilitaria de los demás, que puede dar pie a conductas antisociales

- el haberme cagado a tanta gente [...] las relaciones que mantenía con toda la gente, o sea, no eran relaciones, o sea, yo miraba si podía tener algún provecho, y según eso lo tomaba o lo descartaba, cero sentimiento, cero conexión con la gente, era provecho o no provecho, me servía o no me servía, era así cachai, como ese tipo de onda (SG)

También hay sentimientos de culpabilidad importantes, asociados al daño que se habría producido a otros significativos, que forman parte del malestar del sujeto

- y súmale la carga si es que tenís un hijo... eso a mí me pesaba hartito, verdad [...] para mí el tema de Pablo [hijo], hablado así en las sesiones, era un tema que me dolía mucho... me sentía como muy culpable, muy mala persona, mal padre (JS)
- ya no me importaba la gente, había pasado el límite en que la gente te importa, ya no me importaba la gente [...] pero cuando me empecé a asustar fue cuando

empecé a pasar el límite de... ya está bien lo que hago yo cachai, pero cuando empiezo a tocarte a ti y a no respetarte a ti, eso me empezó a asustar un poco, ya estaba haciendo cosas que pasaba el límite de lo antisocial, como cagarte, si te podía cagar te cagaba, cachai, como estar conversando contigo, pretender que me importai, pero a la primera que te podía cagar te cagaba, o sea nunca cometí ningún delito porque no tengo la calle para ser delincuente, pero sí andaba cagando a todo el mundo, a mi familia me la había cagado hasta más no poder (SG)

La desorganización subjetiva en la cual llegan los pacientes es un punto central a tomar en cuenta tanto en relación al diagnóstico que se pueda realizar del paciente como en el diseño del abordaje terapéutico.

5.2.1.2 Relación de esta desorganización con el consumo de sustancias

a) Las atribuciones causales y el círculo vicioso

A veces la desorganización es directamente relacionada con el consumo de sustancias químicas

- cuando yo consumía, que mis comportamientos no eran normales. De hecho no eran normales, yo mismo me cuestionaba que no eran normales (EP)
- La verdad que yo estaba cien por ciento viviendo con cocaína (HG)

La desorganización subjetiva vivida por el sujeto también puede no ser atribuida al consumo de sustancias. La causa puede ser vista como teniendo su base en otro tipo de situación

- y me fui pa' allá ese mismo día, y le expliqué el problema, que en el fondo yo estaba muy deprimido y que eventualmente yo consumía mucho, pero que yo

- pensaba que eso no era el problema de que... en el fondo que mi depresión me hacía consumir, que era al revés el tema [...] pero yo sentía que había algo que yo tenía que superar, sentía que tenía un trauma una tranca, que estaba deprimido y que por lo tanto tenía que superar eso, hacer un tratamiento por ese lado y por ese lado se me iba a calmar automáticamente esto otro (AM)
- no veía que era un problema de drogas o adicción como tal, o sea yo decía es la punta del iceberg, o sea debajo de eso hay... un montón de otras cosas que andan dando vueltas y hay que verlas también, solucionarlas (SG)
 - era, por un lado... o sea como te digo yo llegué a este tratamiento, o sea el motivo de consulta no fue la adicción, era una parte del problema, era como la parte visible del gran problema que tenía, o sea era lo más evidente cachai, yo me metí a este tratamiento de adicción, o de adicciones, como para poder agarrarlo por algún lado, tomar el asunto que era el gran problema, para poder tomarlo por algún lado (SG)

Es decir, por una parte se percibe que el consumo de sustancias tiene una participación en el resultado, pero la 'causa' final queda situada a nivel de la depresión. El plantearlo de este modo hace que no sea necesaria una detención del consumo de sustancias pero, por otra, deja claro que una modificación de la forma de consumir sustancias es indispensable para lograr una mejoría de la situación

- Yo sabía que tenía... de alguna manera algún problema, pero no... yo quería en el fondo un psicólogo que me ayudara a superar esta... esta etapa de mi vida que me hacía andar muy loco, consumir mucho, yo sabía que superando esa tranca, ese trauma... no sé... llamémosle de cualquier manera, iba a poder bajar mi consumo y ser una persona normal, me entendís... ser una persona que se toma un trago, que eventualmente se puede curar, que se fuma un pito, pero nada más (AM)

Esta visión de la adicción como un efecto de problemas intrapsíquicos que serían la causa actuando de 'trasfondo' y que al resolverlos dejarían de 'producir' el consumo adictivo, pudiera estar influida por las nociones psicoanalíticas que han pasado al conocimiento

general y que llevan a entender las manifestaciones psicopatológicas siempre como ‘síntomas’ de procesos más ‘profundos’. En ese sentido, también el consumo de sustancias quedaría en esta categoría de ‘síntoma’, tema que en las dos últimas décadas ha sido discutido y problematizado desde algunas corrientes psicoanalíticas. A su vez, es posible pensar que la noción psicoanalítica del consumo adictivo como respondiendo a una estructura subyacente pudiera haberse visto influida por la descripción de los mismos pacientes, para los cuales esta explicación puede funcionar como una protección para no tener que sacar la conclusión de que es necesario detener el consumo de sustancias.

La idea del consumo inserto en un ‘círculo vicioso’ es otra forma de entender la relación entre el consumo adictivo de sustancias y otras vivencias del sujeto. Desde este punto de vista, se iría produciendo un círculo vicioso entre el consumo de sustancias y el malestar asociado a dificultades en otros ámbitos de la vida de la persona. Uno va reforzando al otro en un espiral sentido como cada vez más complejo

- yo me acuerdo bastante bien, eh... me acuerdo que yo estaba en una etapa, bueno... eh... bastante autodestructiva... eh... era un círculo vicioso en realidad, porque me llevaba, o sea mi consumo, o sea yo me llevaba muy mal en ese tiempo con mi pareja, con la Sofía [polola], me llevaba mal con mis padres, y... lo que me hacía deprimirme frecuentemente... y para aplacar eso, consumía más... y mientras más consumía más problemas tenía con la gente, porque yo siempre fui una persona que nunca perdí contacto con ellos, no me desvinculé de mi familia, nunca, yo seguí yendo fin de semana por medio a Valparaíso... eh... con la Sofía [polola], bueno habíamos dejado de vivir juntos, pero nos veíamos frecuentemente, entonces ellos me obviamente se daban cuenta y yo un poco ya... no podía negarlo, no había ningún argumento como pa decir ‘no, es mentira’ o... entonces eso me generaba problemas con ellos y obviamente yo me deprimía y eso me hacía consumir más y... era un círculo vicioso bien autodestructivo (AM)
- ah... cómo iba me iba repercutiendo a mí... los fracasos... sí, las cosas... es un poco más de vuelta a lo mismo, yo ya venía con esa sensación, con ese juego, el de la promesa y fracasar, prometer y fracasar, ya lo venía viviendo hace harto

tiempo, prometiéndole a la Claudia, prometiéndolo a mi mamá, o prometiéndome a mi mismo, cachai, ya tenía ese mecanismo bien... lo había vivido durante harto tiempo, el sentirse, cachai, que vai a vivir con eso para el futuro (JS)

El círculo vicioso incluye, en un caso: consumo de sustancias – problemas relacionales – depresión – mayor consumo de sustancias. En el otro caso el circuito estaría compuesto por: consumo de sustancias – problemas relacionales – promesas de cambio hacia terceros significativos – consumo – sensación de fracaso – mayor consumo. Ya autores como Rado y Glover han dado cuenta de este ‘círculo vicioso’ que se produce en algún momento en la adicción. La pregunta es cómo explicar la dinámica involucrada en este circuito, más allá de su descripción.

b) Las características de la adicción

Desde un punto de vista descriptivo, los elementos centrales de la definición de adicción son el que los intereses de la vida del sujeto comienzan a girar en torno al consumo de las sustancias, y la instalación en el sujeto de un poderoso deseo de consumirlas que lleva a perder parcialmente el control sobre este aspecto de la conducta. A pesar de la desorganización subjetiva revisada, se mantiene la capacidad de búsqueda de la sustancia y de generación de condiciones para poder consumirla. Rado ya había aludido a este aspecto al plantear que la instalación del “metaerotismo”, propio de la adicción, afloja las relaciones con la realidad salvo en lo que respecta a la obtención de las sustancias y generación de condiciones para consumirlas. En el relato de los pacientes esto aparece de diversos modos

- sólo vivía arriba de un auto, carreteaba mucho, tomaba mucho, me drogaba mucho (EP)
- uno no está cien por ciento centrado, uno está absolutamente... lo dije muchas veces durante el tratamiento, uno está teñido por el alcohol, uno está pintado de copete (CG)
- La verdad que yo estaba cien por ciento viviendo con cocaína (HG)

También la ‘falta de control’ sobre el consumo es colocada como un elemento importante que forma parte de la situación

- porque yo conozco la cosa como es, es súper difícil perder... o sea es muy fácil perder el control (JS)
- entonces yo dije ‘esta cuestión, lamentablemente, no tiene caso, no tiene administración... perdimos (CG)
- o sea para mí es evidente que los jales y el jalar trae inmediatamente como una transformación animal, como una cosa donde podís mandar rápidamente todo a la cresta, y olvidarte de todo, o sea es como mucho más inconsciente la transformación (JS)

El estar viviendo en torno al consumo de las sustancias hace que, eventualmente, el sujeto esté dispuesto a sacrificar otros proyectos de gran importancia en su vida, como puede ser el establecimiento de una relación de pareja

- e incluso estaba dispuesto a quedarme solo, pa’l resto de mi vida, porque yo sabía que en el fondo... estaba súper claro de que ninguna mujer sería va a tener una relación que perdure en el tiempo con una persona así, estaba dispuesto a sacrificar eso... y eso me hacía mucho daño, porque yo soy una persona que necesito tener a alguien a quién amar, me entendís, no... me cuesta mucho estar solo, soy una persona como muy romántico, entonces necesito estar con alguien, tampoco yo era de muchas pololas, yo generalmente me quedo con una persona mucho tiempo, entonces no quería perder a la Sofía, pero no podía compatibilizar las dos cosas (AM)

Es decir, toda la vida parece estar definida por esta rutina en que la relación con las sustancias ocupa un lugar central. También se puede enfatizar el aspecto de falta de voluntad que se apropia del sujeto, siendo el vínculo con la sustancia el tema que hegemoniza su relación con la realidad

- o sea, imagínate pasar horas pensando, después de haberme drogado todo el día, eh... yo ya no quiero seguir así pero teniendo conciencia de que a la mañana siguiente iba a estar de nuevo en la misma, porque no tenía nada, ni la voluntad, nada... entonces no solamente en grande cosas críticas, de... con situaciones con la Paz [esposa] o momentos en los cuales pude haber ido preso, que todo eso los viví, sino que el día a día también, de no querer volver a vivir eso (HG)

La búsqueda del cómo proveerse de la sustancia y cómo generar las condiciones para su consumo, ocupa la mayor parte de las preocupaciones y energías

- que preocupado de donde sacaba la plata, preocupado de ir a comprar, preocupado de buscar el minuto, eh... volao, el bajón [...] entonces esta dualidad te desgasta un montón [...] porque ahí últimamente mi vida giraba en torno al consumo básicamente, no tenía otras grandes motivaciones, acuérdate que yo ya estaba sin trabajo eh... puta una vida familiar como las pelotas, entonces prácticamente mi vida giraba en torno al consumo (HG)

Esta situación puede llegar al punto de no poder imaginar la vida sin la sustancia

- no sabía cómo iba a terminar, pero la verdad que no me imaginaba el mundo sin eso, sin droga (HG)

La relación con la sustancia tiene como punto cúlmine el momento en que finalmente se la consume y que permite una desconexión de todos los problemas. La búsqueda de este momento es lo que pasa a ocupar el lugar central de las preocupaciones. La puesta en marcha del mecanismo de búsqueda de la sustancia logra borrar la sensación de malestar y desesperación en las que se vive

- y en un segundo momento, más tarde, era... 'ya filo, no importa, vamos', aparecía toda la mecánica de nuevo de conseguirme lo que tenía que conseguirme, y cuando me lo estaba tirando, 'está todo bien, qué bueno'(SG)
- pero yo quería quedarme así... yo sentía... me sentía muy cálido, eh...recuerdo que mi sensación era esa, cada vez que me tomaba un trago sentía que algo muy cálido me envolvía, que mi... me sentía bien, sentía como que... era algo que me consolaba (AM)

La pérdida de control sobre el consumo y el girar de los intereses en torno a la sustancia son dos elementos que a nivel descriptivo dan cuenta de estos relatos.

La fuerza y fijeza con que se coloca a las sustancias en el centro de la búsqueda del sujeto se ha convertido en una gran incógnita que ha intentado ser explicada desde diversas teorías. La explicación que se le da al fenómeno es muy relevante, ya que determinará en grado importante las sugerencias terapéuticas que se formulen. Esta situación es lo que puede llevar a una percepción 'demonizada' del objeto droga, percepción que se caricaturiza desde perspectivas críticas. Sin embargo, esta demonización refleja una determinada verdad desde el punto de vista del sujeto que está atrapado por la adicción. Efectivamente, el sujeto en esta situación percibe la atracción que las sustancias ejercen sobre él como una fuerza que actúa dentro de sí mismo, pero que es ajena a lo que considera su identidad.

5.2.1.3 La oscilación de las posiciones subjetivas como un elemento central de la situación mental previa al momento de la 'entrada'

Un elemento que parece ser de gran importancia en la situación de 'desorganización subjetiva' inicial, es el fenómeno de coexistencia de dos posiciones del sujeto contradictorias y acompañadas de la cualidad de conciencia.

a) El sujeto sabe que ‘está mal’ y que debe hacer algo en relación a su situación de consumo de sustancias

Por una parte, el sujeto sabe que ‘está mal’ asociando muchas veces este estar mal con el consumo de sustancias

- ‘hay algo aquí que no está cuajando, hay algo aquí que’...y, y, otra vez voy a (inaudible)... mi mujer que huevea, huevea, y puta, y entonces cuando llegaba a la casa doblado, con ella, de algún carrete, y al día siguiente no me hablaba, y yo decía ‘esto y cagado, nunca más’, estaba bien dos, tres semanas, a la otra semana... otra vez... entonces tú decís... como que no cuaja (CG)
- ya tenía conciencia, una cierta conciencia, de que estaba mal, de que estaba en algo mal, que mi vida estaba totalmente mal, angustia también que se fue desarrollando en forma ascendente (SG)
- o sea, uno tiene nociones, tiene nociones que, de que no está haciendo... a ver, lo que pasa es que hay cosas que en la medida que uno se va haciendo más viejo, se van haciendo más patéticas y dan más vergüenza... lo que yo hacía, era lo mismo quizá, a ver, tomar en exceso, cachai, yo lo hacía a los veinte años... o sea no tan frecuentemente, quizá estaba rodeado de un círculo donde era más común, tenía menos... pero después... a los... veintiséis, veintisiete años, ya no es lo mismo, tú ya no erís tan simpático como cuando tenía veinte años y estabai en esas condiciones, no estai con la misma gente, no estai en el mismo círculo, estai en un círculo más degradante, cachai, más penca y.... y... se ve como más patético (JS)
- Sí, sí... yo lo tenía súper claro, yo de hecho sentía que tenía un alcoholismo así fuerte, digamos (AM)
- yo sabía que estaba metido en algo complicado, sabía que no iba a poder salir solo y tenía la esperanza de poder tener una vida distinta (HG)
- Eh... bueno, yo desde muy poco tiempo que comencé con la adicción, o primero que nada yo supe que era adicto desde muy temprano, o sea yo no era de las personas que decía que yo salía cuando quería, yo me di cuenta rápidamente de que estaba metido en algo que era complicado y de algo que probablemente iba a

necesitar ayuda para salir, por eso había acudido anteriormente a un tratamiento (HG)

- a lo que te lleva todo este consumo en los carretes, que siempre es medio sórdido al final de toda la cuestión y de repente llega un punto en que decís ‘estoy mal’ (JS)

Si bien este ‘estar mal’ no significa que sepa qué es lo que puede o tiene que hacer

- pa’ plantear, claro, en definitiva que yo tengo la cagada, que estoy desesperado, que no sé qué hacer, no sé si arrancar, si morir, si tirarme de un décimo piso (EP)

Muchas veces, además de saberse que se está mal, se sabe que es necesario hacer algo en relación a la situación que se está viviendo

- Sabes que tienes que hacer algo. No sabes qué. Estás metido en el cuento, el elástico lo estiras hasta que se corta (CG)
- entonces, por no saber, y ya sentís que la huevada no calza, entonces decís ‘ hay que hacer algo’ (CG)
- me recuerdo cientos de noches en que yo decía ‘tengo que salir de esta cuestión, estoy mal’, entonces, y esos minutos eran de angustia terrible, porque lo único que querís es quedarte dormido (HG)

b) La oscilación subjetiva y la consecuente paralización del accionar

Esta situación es particular, ya que a pesar de saber que se ‘está mal’, saber que es necesario ‘hacer algo’ por salir de la situación insostenible, no es posible tomar la iniciativa e iniciar acciones que puedan concretar esta intención. Se sabe que la solución pasa por modificar el consumo de sustancias y se tiene la intención de disminuir o detener este consumo, pero, por otra parte, llegado el momento todo se ‘olvida’ y se vuelve a consumir las sustancias como si no hubiera habido ninguna reflexión al respecto

y como si el aspecto de la realidad que veía desde la primera posición cambiara radicalmente.

- tratai por las tuyas, y no podís, y de repente podía aguantar más tiempo y las recaídas son mucho más fuertes poh, entonces yo sabía que no podía tomar alcoholes destilados, entonces agarraba vuelo con unos compadres, nos íbamos para arriba y... métale piscolas... sabíai que no podíai, estabai consciente que no podíai... igual no más... si terminaba con problemas con dos vasos de vino demás, imagínate con una piscola (CG)
- desde hace mucho tiempo, desde el momento en que empieza a ser algo progresivo, en que las cosas se hacen más frecuentes, ya no tan a lo lejos, sino que ya, más frecuentes. Ahí ya uno, uno se empieza como a cuestionar un poco el... realmente si tiene el control o no... te lo dicen de alguna manera, cachai, tu señora, tu polola, mi mamá, o algún amigo, 'puchas que soi pastel', no sé, cualquier cosa, de alguna manera... te sale algo mal... entonces uno empieza como íntimamente a pensar si lo tiene controlado o no, y claro se miente un poco, obviamente, te decís 'a ver, este fin de semana voy a tratar de no'... tratar de mostrarle a los demás un poco, cosa que normalmente termina no... termina no funcionando (JS)

Se produce una oscilación entre dos lugares desde los cuales se toman decisiones, ubicación del sujeto que puede variar en forma rápida dependiendo de las circunstancias en las cuales se encuentra. Esta oscilación de la ubicación llevaría a no poder sostener las determinaciones que se han tomado en relación a hacer algo con la situación que se está viviendo, en particular con el consumo de sustancias

- a ver, ¿cómo lo tomo?... lo que pasa es que yo antes de eso había intentado, había estado tomando, cuando tuve el problema al hígado, estuve seis meses o algo así, tomando un vaso y medio al día. Cada vaso, cada medio vaso equivalía a una cerveza, entonces ahí empecé a tomar mi cerveza sin alcohol y qué se yo, entonces me guardaba mi vasito y medio... y pude hacerlo, entonces yo, antes de

- todo esto dije ‘cómo no lo voy a poder hacer’, y efectivamente lo intenté y no pude hacerlo... podía sí, dos, tres, cuatro semanas y en general resistía ese par de, de vasos de vino demás, al orgullo de un buen tomador de whisky, de pisco, de vodka, solo... no se te puede pasar el tejo con un par de vasos de vino demás, poh, con un par de botellas sí... entonces yo dije ‘estoy cagado, estoy cagado, perdí la capacidad de aguante por alguna razón, y si esto no lo controlo voy a...’(CG)
- y en esas depresiones que me daban eh... yo siempre estuve como por consultar... a un psicólogo...pero por las depresiones, o sea yo sabía que tenía un problema de consumo, yo sabía que era un consumo problemático de alcohol, que estaba consumiendo muchas cocaína y que bueno la marihuana fue como algo que yo nunca planifiqué dejar, yo siempre quise quedarme con ella, eh... entonces generalmente quería consultar... dejaba... ver pasar los días y obviamente la depresión se me iba, pasaba la crisis y volvía a consumir y ahí pasaban 2 o 3 meses más hasta que me volviera otra crisis y esa, ese año en (AM)
 - no... no cachan... se tomaban un trago... pero no se imaginan... que les hablé de esto como que se impresionan... pero la mayoría de la gente con la que... hablo, de repente todavía me encuentro con amigos que todavía siguen en el consumo... ‘que ganas hueón de ser como tú’... en el fondo me hacen sentir como eso... o sea como que, no sé... como que... yo sé que ellos quisieran hacerlo y no pueden obviamente, no han tomado la decisión, etc... en algún minuto les llegará, pero... u otros sigan así pa’l resto de sus vidas no más (AM)
 - yo en el fondo, ya tenía absoluta conciencia de que tenía que hacer un cambio, o sea me costaba, no podía hacerlo porque estaba metido hasta las patas (HG)
 - yo eh... tenía ganas de contarlo todo [...] o sea por una parte necesitaba ese espacio, pero por otra parte también yo veía que eso iba a traer consecuencias y que se me iba a caer todo el mundo encima (HG)
 - bueno yo creo que hay una cosa de cómo uno lo siente, de antes...uno ya tiene la sensación, cada vez que uno se manda una cagada, una cosa así, le viene un como ¿realmente estaré mal?, ¿estará realmente incontrolable esta situación?... cosa que uno pensaba, pero quedaba ahí no más, o sea después se perdía (JS)

Esta oscilación en la ubicación entre dos lugares distintos se puede apreciar en la impresión de estar yendo a consultar como una mera ‘manipulación’ con fines gananciales en relación a los padres, en contraste con el saber previo de que necesitaba hacer algo el su consumo de sustancias

- ordenar, parar, ordenar, en el fondo yo decía si tengo que dejar de tomar, de drogarme, de ordenar un poco la huevada, que la Marcela [amante], ya va a nacer la Martina [hija], ya va a nacer, no sé qué, pero de alguna forma tengo que parar, tengo que ordenarme [...] sí utilitaria, me escondí detrás de esa huevada, de tus viejos, ellos se hacen cargo de ti, ellos enfrentan la huevada que sé yo qué sé cuánto, y tú, pum , te vai. Como una huevada utilitaria, nunca pensando en realmente salir del tema, o sea, venía funcionando bajo el código del adicto cachai, manipulando, seguía manipulando en beneficio propio (EP)

Este “código del adicto” es el actuar desde *uno* de los lugares en los cuales se está ubicando el sujeto, que está en oposición a *otro* lugar desde el cual se sabe y se quiere hacer algo con el consumo de sustancias. Esto habla de un sujeto que al estar ubicado en dos lugares contradictorios, que parecen no influirse uno a otro, vive con la impresión de estar radicalmente dividido

- Lo que pasa es que esto es como... Dr Jeckyll y Mr Hyde, es así, entonces cuando tú eres Dr Jeckyll tienes la lucidez como para darte cuenta que Mr Hyde es un enfermo, y lo más curioso es que eres la misma persona. Y eso te provoca, a mí en lo personal, miedo. Miedo el pensar el monstruo que tengo adentro (EP)
- era decir puta gracias, sáquenme por favor, cachai, es verdad, me estaba transformando en una persona muy peligrosa, muy peligrosa, y eso era... era triste, el pensarlo, de alguna manera, era triste. Pensaba y a veces miraba fotos de cuando yo era pendejo y a ratos pensaba qué lata que este niño... se transformó en un monstruo. Y es verdad, así me sentía, por eso (EP)

- Sí...sí poh... o sea durante todo el período de consumo, eh... uno es dos, verdad, y en mi caso con mayor razón porque mi consumo era un consumo escondido, entonces era un dos que solamente conocía yo, pero era un dos que vivía gran parte del día, quizás más que el otro... te fijai, era este que preocupado de donde sacaba la plata, preocupado de ir a comprar, preocupado de buscar el minuto, eh... volao, el bajón entonces, era un dos que vivía conmigo quizás más parte del tiempo de este otro que vivía con el resto de la gente, cachai... entonces esta dualidad te desgasta un montón (HG)
- Yo trataría de conectarme con él [hipotético amigo en consumo], en base a mi experiencia... en lo mal que se pasa... aunque se pasa muy bien en los carretes, pero también se pasa mal... está este problema, que uno en el fondo sabe que tiene este problema, y que uno sería eh... probablemente mucho más feliz si no tuviera ese problema, muy en el fondo... esa fibra habría que tocar, y obviamente los beneficios de estar limpio [...] Es como una fibra... claro, yo no sé si... yo sé que en alguna gente, no sé si en todos los adictos lo sienten... probablemente la mayoría tenga una idea, la sensación de que todos los adictos tienen algo especial dentro de... porque yo recuerdo que yo, una de las cosas que me hacía sentirme... era... me sentía... como una cosa de alma, me sentía que tenía que purificarme... a lo mejor tenía yo esa honda como más... sin ser yo una persona religiosa ni nada, pero sentía que tenía algo, dentro mío que tenía que.. y siento que probablemente la otra persona puede sentir lo mismo... porque de alguna manera la persona que consume drogas, quiere conectarse con otra cosa (AM)
- ah no, claro, yo me veía... y no, pero en el momento no estaba ni ahí, pero al otro día... y de tanta acumulación de eso me decía, loco, pero no, no había real conciencia de esto, en el momento no, pero cuando me veía, no me calzaba, y eso me generaba, o sea si yo lo hubiera encontrado bien, está todo bien, no hay ningún problema, pero como te digo, no me calzaba, para nada, no era lo que yo era, o lo que yo tenía idea de lo que era, cachai, no, nada, para nada (SG)

A su vez, la percepción de la realidad también puede quedar ‘dividida’

- Y bueno y después los episodios de abstinencia de las benzodiazepinas, de la cocaína, del alcohol, me fui dando cuenta que realmente estaba cagado, que transpiraba, que temblaba, me ví como Adiós a las Vegas, así me ví. De hecho yo me sentí muy identificado con esa película. Pero cuando me sentía identificado era porque el huevón correteaba... un tipo muy solo, se enamoraba de una prostituta, pero no me sentía identificado con sus períodos de abstinencia, o cuando el huevón estaba en crisis (EP)

c) La influencia del consumo adictivo en la oscilación subjetiva

La relación adictiva con las sustancias influye fuertemente sobre este girar de la perspectiva, que lleva a las ‘promesas no cumplidas’, al no poder fijar una posición frente a un tema que está teniendo grandes consecuencias y realizar las acciones que lleven a una salida de la situación

- Sí, sí, varias veces por ejemplo me propuse, ‘ya, este fin de semana no voy a consumir cocaína’... obviamente iba a una fiesta, me ponía a tomar y bastaba que alguien me ofreciera y hasta ahí llegaba la promesa, o sea no tenía mucha voluntad y... y con los pitos si, trataba de no fumar un día, por ejemplo, pero más que eso no podía (AM)
- ahora, cuando ya estaba metido en el tema de la coca, yo la verdad no sabía cómo iba a terminar , porque era tal el vicio que los pensamientos fugaces de querer emprender una acción para salir, eran milisegundos en relación a los deseos de consumo y por lo tanto rápidamente se me pasaban porque quería ir a consumir (HG)
- yo en realidad cientos de noches pensaba que estaba pa’ la cagá’ y que tenía que cambiar, que dejar el consumo, lo que pasaba es que a la mañana ya eso se me había olvidado, y lo único que pensaba era en ir a comprar (HG)

- bueno, todo, qué es todo... la forma en que me conducía, el arrepentimiento del otro día, era como que en un momento estaba muy muy consciente de un problema, y en un segundo momento, más tarde, era, ya filo, no importa, vamos, aparecía toda la mecánica de nuevo de conseguirme lo que tenía que conseguirme, y cuando me lo estaba tirando, está todo bien, qué bueno, y al otro día era mi vida está todo mal, podía mirar para atrás y veía que estaba todo mal, y esa cuestión como que me parecía media rara... había momentos en que tenía conciencia, miraba la gran foto del asunto y podía ver, me podía dar cuenta, y después pum, caía de nuevo, como que salía, despertaba, pero caía de nuevo, caía de nuevo. Eran como esos momentos de conciencia como que me permitían, o sea todavía estaba algo cuerdo, no sé poh, una semana de estar como sumergido cachai, y de repente como que sacaba la cabeza y respiraba, y después, pum, de nuevo de vuelta (SG)

Esto produce un fuerte efecto desconcertante sobre los familiares que dificulta el que tomen la decisión de ayudar al sujeto a que consulte, más aún si las sustancias consumidas son lícitas. De hecho los sujetos entrevistados tienen todos una historia de consumo problemático de varios años al momento de consultar, a pesar que algunos familiares estaban preocupadas del tema desde hacía largo tiempo. De no tenerse en cuenta este mecanismo psíquico involucrado en la situación de adicción se hace muy difícil entender lo que está ocurriendo y pensar en intervenciones efectivas. Tal vez sea este uno de los elementos fundamentales que llevó a que uno de los principios de A.A. desde sus orígenes fuera el que “los alcohólicos entienden a los alcohólicos”, principio que hasta el día de hoy parece teñir muchas de las aproximaciones de los grupos de autoayuda. Este es un mecanismo difícil de visualizar desde fuera de la vivencia de la adicción y de esta manera el haber pasado por la experiencia facilita su comprensión. Esta puede ser la verdad contenida en el principio de A.A., más allá que también pueda convertirse en un prejuicio.

5.2.2 *La decisión de entrar*

a) Una decisión puesta en marcha por la intervención de terceros.

A pesar de las situaciones descritas referidas a la ‘desorganización subjetiva’ y a la ‘oscilación de las posiciones subjetivas’, los sujetos en algún momento toman la decisión de encontrar una salida a la paralización involucrada en el estar enfrentados a dos demandas irreconciliables. En este punto es donde la intervención de terceros significativos adquiere una gran importancia. Esta intervención ayuda a romper con el equilibrio de fuerzas presente hasta ese momento en la economía psíquica. Los terceros pueden facilitar aspectos prácticos para que la consulta se efectúe

- La Karen [esposa] averiguó (CG)
- Fue una amiga que me dio el dato de que quizá había un tratamiento, de que quizá podía ser esto, que había buena gente trabajando y, como te digo, vine (SG)

Los terceros también pueden ejercer una presión para que el paciente consulte por su problema de consumo de sustancias

- entonces claro, la Karen [esposa] fue un agente importante dentro de la... de la decisión. Si partimos de la base que estaba en juego mi matrimonio
- yo no quería perder a la Sofía [polola], y ella me lo planteó como última oportunidad... entonces yo además era... sabía que... que de verdad era última oportunidad, me había mandado hartos condoros con ella (AM)
- Yo en el fondo, ya tenía absoluta conciencia de que tenía que hacer un cambio, o sea, me costaba, no podía hacerlo porque estaba metido hasta las patas, pero por otra parte me faltaba como un gatillante para tomar la decisión (HG)
- yo creo que había una situación, había sido una situación familiar fuerte... o sea tampoco fue una cosa tan libre, no fue una situación así que ‘yo vine porque...’, o sea era un poco contra la espada y la pared... o sea hubo algún momento en que yo le comenté a la Claudia [esposa] ‘ya, voy a ir a consultar’, y ella como que me

estaba diciendo algo así como ‘o vai, o vai, es como que tú me prometiste que ibai a ir’, y yo dije ‘ya, tengo que ir, cachai’, esa fue como la primera vez que yo llegué, no fue tampoco tan espontáneo, fue como que me pusieron un poco ‘ya, ok...’, y yo ‘claro’, había hecho una especie, no de juego, pero ‘dame una oportunidad y si no voy a consultar’, y obviamente todo siguió igual y al final tuve que llamar, para cumplir con lo que ya había dicho, y eso dio un poco como de tranquilidad familiar que dijeron ‘ya ahí vamos a ver qué pasa’ (JS)

b) El paciente no deja de sentirse tomando una decisión

La posición de los terceros significativos puede implica el asociar un alto costo a la alternativa de continuar adelante con la situación. Sin embargo, el paciente sigue sintiéndose parte activa de la decisión que toma. Se sigue hablando, aunque con alguna vacilación de “la decisión”. La presión ejercida por terceros no necesariamente anula el espacio decisonal del sujeto

- ehh, tiene un cincuenta por ciento de fuerza eso [el que la esposa condicionó el matrimonio al consultar] (CG)
- Y yo iba [a la primera consulta] con la decisión tomada (CG)
- y que era una alternativa válida, no te olvides que si das vuelta dos páginas para atrás en mi vida, en mi familia todos toman mucho, la mayoría son adictos claramente al alcohol, tengo un tío que fue declarado adicto al alcohol y previo a eso atropelló a un huevón y lo mató, ambos curados, entonces... yo tenía todas las facilidades para volver... sin embargo... teniendo la alternativa no lo hice, preferí tomar el desafío, si en el fondo fue un desafío (CG)
- por primera vez ellos me enfrentan cara a cara, y yo decido (EP)
- y me sentía muy mal de haber peleado con mi papá, me sentía muy mal por eso... y ahí yo decidí (AM)
- Eh... yo creo que dos cosas, la primera que yo realmente quería salir de la adicción, o sea hay una convicción muy profunda de que sabía que por ese camino la cosa andaba mal, no solamente porque me podía pasar algo, sino

porque estaba viviendo mal, y lo segundo es que eh... no podía ser solo, no no... no podía hacerlo solo, no sabía cómo hacerlo, no estaba capacitado, no tenía la voluntad y frente a eso eh... me estaban dando las condiciones de poder hacerlo, que eran tener al Pedro [hermano], tener a mi mamá, tener a la Paz [esposa] eh... afortunadamente yo creo que tampoco eh... soy una persona testaruda, en ese sentido como de... en general cuando necesito ayuda pido o la acepto (HG)

La demanda de la esposa logra anudarse con ese lugar subjetivo desde el cual el paciente *se mira*, lo cual hace que, en parte, esta demanda coincida con un saber que él mismo tiene acerca de lo que sucede y con una intención que no ha podido llevar a cabo. Sin embargo, desde el mecanismo de la ‘oscilación subjetiva’, esto se convierte en sólo uno de los puntos de vista desde los cuales se relaciona con la realidad. Por otra parte, el paciente sabe que al quedar anudada la demanda de la esposa de esta forma, tendrá que ir en contra de la tendencia al consumo, lo cual vive como elección forzada, presentando la posición del paciente un doble aspecto

- a mí me hacía sentido... en mí hacía mucho sentido, y yo podía perder, si no tomaba el toro por las astas, podía perder lo que había construido con mi señora... la historia con ella podía irse a la mierda [...] O hacía algo o me costaba el matrimonio (CG)
- entonces yo llegué, como se dice en el campo, mujito, prácticamente entregado, sin llevar la contra... más bien motivado, con las ganas de saber si era factible controlar esto (CG)
- pa’ mi qué otra solución tenía, no tenía otra solución. Por lo menos tenía un respaldo, me sentía respaldado (EP)
- Cuando mi mamá me plantea el tema de hacerme un chequeo médico, eh... claro, pa’ mi fue una especie de ángel caído del cielo, en términos de que ya no me podía seguir haciendo el loco, eh... cosa que por una parte yo también quería, pero por otro lado me daba terror saber a qué me iba a enfrentar, eh... sin droga (HG)

- qué sentido tenía negarme a un chequeo médico (HG)

Además de la presión externa, hay razones para que el sujeto tome la decisión, el que le “hace sentido”, o el sentir que tiene un “respaldo”. La oposición entre “mujito” y “motivado” también ilustra claramente este punto. La toma de decisión parece estar inserta en el mismo contexto de la oscilación subjetiva presente durante el período de consumo.

c) No toda intervención de terceros surte efecto

Por otra parte, no cualquier intervención de terceros significativos logra que el paciente tome la decisión de consultar con el fin de hacer algo con su situación. Quiénes lo hacen, la forma y las circunstancias en que se realiza, parecen ser relevantes al momento de producir un efecto

- bueno la Marcela [amante] sí me lo había planteado antes, el tema de tratamiento, de que yo me tenía que hacer un tratamiento, que no estaba bien. Pero en esa oportunidad que ella me lo planteó, pa’ mi no fue tema, yo dije ‘¿ya... le habré puesto mucho?, no le estás poniendo mucho, cómo tratamiento, qué querís que te diga, yo no te miento’, yo dije, ‘ya hablemos huevás sería poh, no me tirís tallas’ (EP)
- pero esa noche, no me preguntís qué me gatilló esa noche a llamar a mi vieja después de mucho rato [...] Y decido llamar a mis padres, muy tarde en la noche, casi de madrugada. Y ellos llegan, porque tanto insistieron, la Marcela [amante] toma el teléfono y ahí le digo a mis viejos, les abro el tema inmediatamente, que tenía una mujer, otra mujer, que estaba embarazada, que iban a ser abuelos nuevamente, y mi otra hija tenía 40 días. Y ahí quedan ellos, y ellos me plantean que yo debo hacer un tratamiento [...] mi mamá me dice ‘tú tenís un serio problema con el alcohol y las drogas’ (EP)
- que calmara el tema del trago, mi mamá, ‘que no tomes tanto Ariel’, y qué sé yo, eh... yo nunca les reconocí abiertamente que consumía cocaína ni que fumaba

- harto pito, que de vez en cuando... y el trago era una cosa que yo no me medía delante de ellos en absoluto, y como siempre consumía cocaína, eso me ayudaba a no verme tan ebrio, delante de ellos, pasaba como piola por así decirlo... entonces... y también por otro lado (AM)
- entonces bueno, fue la última oportunidad y yo creo que eso me instó a... a seguir (AM)
 - y llegué a mi casa, a la casa de mis padres un día en la noche y mi papá estaba como esperando, tarde... 3 y media, 4 de la mañana, yo obviamente venía con bastantes copas de más y tuve una discusión con él, me fui, me fui donde un motel, porque obviamente no me podía devolver a esa hora a Santiago, y al otro día me levanté y me fui a tomar a un bar ahí en Valparaíso, me junté con mi hermano que me llevó un paquete de pitos y me devolví a Santiago, donde me vine aquí a un... con un amigo a... y aquí estuvimos... todo lo que da ese día, la noche y al otro día, que eso era como un domingo creo, porque recuerdo que el domingo terminé donde otro amigo y el lunes yo tenía que ir a la oficina y el lunes yo me sentía pésimo, muy mal, aparte de este bajón depresivo de la cocaína y del alcohol y todo, entonces mal... y me sentía muy mal de haber peleado con mi papá, me sentía muy mal por eso... y ahí yo decidí (AM)
 - cuando mi mamá me lo dice, y con la angustia que yo ví que ella me lo dijo, fue diferente (HG)
 - Yo creo que la Paz [esposa] se dio cuenta antes, de hecho ella un par de veces me preguntó si yo estaba consumiendo algo. Ahora, la pregunta era tan liviana, era en un contexto de tan poco peso y yo también andaba tan en otra, que yo le dije ‘no, no no más, no te preocupís’. Entonces como que no me sentí acorralado con esa pregunta, no fue una situación como de presión, que me la saqué rápidamente, las 2 o 3 veces que ella me preguntó [...] la Paz [...] me encontró una bolsa de coca... en el auto [...] el hecho de que me hayan encontrado en el auto una bolsa, era una evidencia más que concreta (HG)

Entre el “pido” o la “acepto” hay una gran diferencia que no parece estimarse al plantearlo de este modo, debido a que el no haber pedido ayuda previamente parece no

calzar con la idea que tiene de sí mismo. El haber aceptado en lugar de pedido es justamente producto de la situación de conciencia dividida en la que se encontraba y que obliga a la intervención de terceros para poner en marcha un cambio.

Por otra parte, en algún momento, esta oscilación de las posiciones puede hacerse patente y puede llevar a que el sujeto tome medidas para no seguir siendo afectado por ella. Es como si desde uno de los puntos de vista se pudiera tener, por un espacio de tiempo, la visión general de lo que está pasando.

- yo tenía un compañero de pega que iba a... tenía su psicóloga y le dije 'por favor consígueme una hora, pero hoy tiene que ser', porque yo sabía que si seguían pasando más días iba a volver a pasar, tuve un lapso ahí de conciencia y de lucidez y él me vio muy mal, yo recuerdo que incluso lloré ahí en la oficina con él y me consiguió esta hora con la Alicia [psicóloga] (AM)
- fue bueno haber actuado rápidamente y haber venido para acá porque en el fondo no quedó margen para la duda, entre haber dicho 'ya, después de las vacaciones o no se qué, aquí y allá' [...] el tiempo fue importante, importantísimo porque no hubo tiempo pa' na', o sea yo veía que esta cuestión era un callejón sin salida, que... me refiero venir pa' acá, yo sabía que era un callejón sin salida en términos de que rápidamente, diciéndolo yo o no diciéndolo yo, se iba a descubrir en lo que estaba, por lo tanto alguna acción se iba a tomar con mi voluntad o contra mi voluntad, entonces no dejaba espacio para seguir consumiendo y olvidarse del tema, entonces el tiempo fue muy importante, el haberlo hecho rápido (HG)

5.2.3 *La ‘entrada’*

5.2.3.1 *El efecto sobre el sujeto de la formulación de un diagnóstico*

a) Un diagnóstico que se ubica sobre lo ‘ya sabido’ desde una de las posiciones del sujeto

La formulación de un diagnóstico de parte del profesional confirma un saber que el sujeto ya tiene acerca de sí mismo. Este saber surge en el contexto de la ‘oscilación subjetiva’ cuando el sujeto se ubica desde el lugar desde el cual *se mira*. A pesar de la existencia de ese saber, los sujetos reaccionan con sorpresa, desánimo, alivio. Sin embargo, en algún lugar se logra reconocer lo que se escucha como formando parte de un saber propio

- Me desanimé hartoo, me desanimé hartoo porque yo esperaba que, bueno, que ella me ayudara, o sea yo pensé ‘puta, es su pega, me tiene que ayudar, cómo me dice eso’ (AM)
- y en la entrevista tú me dijiste, tiernamente, que era un adicto [...] estaba claro, aunque te impacta la palabra uno cree que esas cosas no pasan o no le va a pasar a uno, pero yo estaba claro que si no era un adicto era un huevón muy bueno pa’l copete, fuera de todo, de todo... fuera de control (CG)
- Cuando por ejemplo hablaba contigo, yo sentía que me estabai diciendo la verdad, y que era cierto, como que realmente... o sea sí lo que me estabai diciendo... sí, yo sabía que eso era así (AM)
- de hecho llegué, había jalado la noche anterior, y llegué como estúpido a la consulta, llegué como a las 4, venía despertando, salí de la entrevista y dije, ya ahora empiezo. Como de los 18, 19 que yo quería... parar, no lo veía como el tema central, pero... entonces como que venía con unas ganas de poder concretar algo en ese sentido (SG)
- Ahora, desde ese momento que te lo dicen [...] yo creo que es un poco más un balde de agua fría (JS)

- debo haber tenido como un cansancio yo creo, debo haber estado como... a ver... una cosa es lo que uno dice, pero en el fondo de uno, en la cosa como más atrás, como psicológica, uno debe estar diciendo 'sí, tiene razón', yo creo que uno, algo, no conscientemente, pero debe haber algo que te está diciendo, algún otro yo, algo más consciente 'no si escúchalo, si tiene razón', cosa que uno para atrás lo para y dice 'no, si no tiene razón, yo le voy a demostrar que no tiene razón' (JS)
- entonces, también es... claro, debe haber sido fuerte, un poco que la persona con la que venía a hablar te sale con esta cosa, y chutas es como que te lo dicen aquí, te lo dicen allá, te lo dicen aquí, voy donde el psicólogo y me dice lo mismo... tampoco hay que ser tan (JS)

Más allá del “impacto” que le produce el escuchar la categoría diagnóstica, este diagnóstico de su situación no aparece como algo ajeno, sino como algo que refleja lo que ha sido la experiencia de los últimos años. La formulación de un diagnóstico de la situación que se vive se anuda con el lugar desde el cual el paciente *se mira*, confirmándole esa posición y potenciando el que tome una decisión que lo lleve a la acción. Antes de la realización del diagnóstico, ya se sabía que su forma de consumir había perdido la posibilidad de ser “administrada”. En la experiencia y reflexiones previas se logra distinguir las dos características propias de la adicción, es decir, la pérdida de control sobre el consumo, el no poder “administrarlo”, y el que los intereses de la vida giran en torno al consumo de la sustancia, lo que se formula como un vivir “pendiente” de tomar aunque este tomar pudiera ser controlado.

b) El diagnóstico como oportunidad de hacer vacilar una visión previa y fomentar un reagrupamiento en la percepción de las vivencias

En algunos casos este diagnóstico ofrece una oportunidad para que el sujeto perciba los acontecimientos que han ocurrido y lo siguen haciendo, desde el punto de vista de 'haber desarrollado una adicción', lo cual puede ser el comienzo de un proceso que lleve a una nueva significación a sus vivencias

- pero igual me quedé pensando... si tuvo la honestidad pa' decírmelo, bueno tomemos esta otra opción que ella me está dando... ella me dijo claramente 'tú Ariel, tienes un problema de adicción'...y yo le dije 'no, bueno, si tal vez' (AM)
- Claro... O sea sin sentir que... porque cuando tú hablai, claro, hablai con otra persona que ha pasado por lo mismo tuyo... tenís una conexión cachai, sabemos lo que estamos hablando... yo contigo sentía eso... que me entendías... estábamos hablando el mismo tema, cachai (AM)
- Pero yo creo que hay como un canal de comunicación, que te llega como más adentro, y se produce esta cosa casi como de mono animado que aparece un angelito y un diablo que pelean, es un poco como el inconsciente que te habla de otra manera que uno conscientemente no le gusta que se meta en la mente, pero sí que... debe haber una sensación, y esa sensación es la que te da, un poco la.... no sé cómo llamarlo, un patrón, la perseverancia, para decir, 'no, no voy a mandar a la cresta todo esta cuestión, sino que voy a '... ahora si no hubiera esa comunicación, o esa entrada directamente a algo tan profundo, yo diría 'sabís que, la verdad es que yo me meto a esto y... no voy a seguir, tengo todo el derecho de irme' cachai, pero.... no poh, decidí seguir en la cuestión [...] debe haber algo en la conciencia atrás, cachai, que te hace realmente... ser como más dócil, cachai (JS)

La formulación de un diagnóstico de parte del profesional, a pesar de que el sujeto ya tenga un saber acerca de la situación, cumple la función de 'fijar' el punto desde el cual *se mira*, el cual aparece y desaparece durante la etapa de consumo de sustancias. Esta 'fijación' permite que el sujeto recategorice las experiencias desde el concepto diagnóstico, le permite ver con mayor claridad la necesidad de obtener ayuda, y le permite darle un nombre a procesos que pueden llegar a ser muy angustiantes, por el efecto de despersonalización que provocan

- cuando tú eres Dr Jeckyll tienes la lucidez como para darte cuenta que Mr Hyde es un enfermo, y lo más curioso es que eres la misma persona (EP)

- por eso era importante llegar a esa instancia, porque yo me di cuenta que sí, claro, necesito ayuda, necesito que alguien controle esta huevada que está dentro de mí, porque yo no lo puedo controlar, parece que me está desbordando (EP)
- Mmm, creo que no... creo que siempre me quedó dando vuelta... no sé... a parte que la Alicia era como bien... es una persona bien especial, bien especial, entonces como que no sé, como que no sé, confié en ella... te digo, me dejé llevar, me dejé llevar por esto... después llegué a hablar contigo... pero yo creo que esa noche no, yo creo que esa noche fui y hablé con mi mamá, le conté, yo creo que le conté a la Sofía (AM)

El concepto médico de ‘enfermedad’ se ha convertido en parte de la cultura actual en relación al problema de la adicción a sustancias. Este concepto tiene la dificultad de llevar, eventualmente, a que el paciente no se responsabilice de lo que le sucede, contribuyendo de esta manera a dejar fuera la dimensión subjetiva del problema. Sin embargo, por otra parte, esta noción de ‘enfermedad’ sí rescata el que la adicción sea entendida como algo que ‘le pasa’ al sujeto, frente a lo cual éste tendrá que tomar una posición. Es decir, aleja de la idea del consumo como síntoma de conflictos psíquicos, lo cual permite resaltar el aspecto biológico involucrado en el fenómeno. A través de la noción de ‘enfermedad’ se puede ‘recategorizar’ lo que antes era “esta huevada que está dentro de mí”, lo cual puede provocar alivio, ya que esto que se vivencia puede ser objeto de una categoría médica que permite que se lo pueda ayudar.

A pesar de no estar completamente convencido del diagnóstico se puede provocar una decisión de acudir al lugar que el profesional recomienda ir. Algo hace sentido del diagnóstico escuchado: este “confiar” en la profesional y decidir “dejarse llevar” se puede entender en el contexto de la oscilación de las posiciones subjetivas propias de la adicción, y como parte de un proceso de resignificación de las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias. Este proceso de resignificación permite incluso realizar acciones dirigidas a comenzar con una instancia de tratamiento. El diagnóstico escuchado se anuda con la posición *desde donde se mira* llevándolo a realizar acciones coherentes con una búsqueda de salida del problema en el que se encuentra.

El explicitar el diagnóstico y discutirlo con el paciente produce un efecto de sentir que se está “hablando del mismo tema”, es decir, permite que el paciente entable un diálogo desde ese punto *desde donde se mira*, lo cual permite que ese punto se fije. Además, permite que se pueda desarrollar una visión desde este punto que puede implicar la realización de un análisis y, producto de esto, llegar a conclusiones y tomar decisiones.

- sí, sí poh, pude como encapsular todo lo que había sido yo en esa línea de comportamiento un poco, y era claro que me iba a llevar a la muerte, cachai. No sé, hay gente que lo controla, hay gente que puede trabajar, pero la manera en que yo, la pendiente que yo llevaba de consumo, de huevadas que estaba haciendo, era claro que me iban a matar en una movida, cachai, o me iban a chocar, me iban a hacer picho, no sé, o sobredosis, era evidente para mí (SG)
- a ver... cuando tú me salís con esta noticia, yo me voy para la casa, ¿desde ese momento, qué voy pensando un poco?... bueno yo creo que hay una cosa de cómo uno lo siente, de antes... uno ya tiene la sensación, cada vez que uno se manda una cagada, una cosa así, le viene un como ¿ realmente estaré mal?, ¿estará realmente incontrolable esta situación?... cosa que uno pensaba, pero quedaba ahí no más, o sea después se perdía... pero ya en el momento que tú lo decís... (JS)

El relato de la historia de consumo de sustancias y el escuchar el diagnóstico puede hacer suficiente sentido como para decidir detener inmediatamente el consumo de sustancias, a pesar de haber usado cocaína hasta la noche anterior, y de llevar varios años con la idea de detenerlo sin poder hacerlo. El tomar la decisión de detener el consumo de sustancias, a pesar de no considerarse este el tema principal, habla de que el diagnóstico y lo que se deriva de él le permite dar un sentido diferente a las experiencias vividas, un “encapsulamiento” de toda una serie de experiencias relacionadas con el consumo de sustancias. Se logra un ‘agrupar’ en un nuevo conjunto los elementos que han considerados parte de la identidad, dándoles un sentido a través del encontrar un denominador común. La mirada desde el nuevo punto de vista que ofrece el diagnóstico

puede tener un potente efecto ‘categorizador’ de las experiencias vividas por el sujeto, que hasta ese momento permanecían desunidas y sin sentido claro, con un fuerte predominio de una sensación de caos completo y de muerte inminente.

El planteamiento del diagnóstico también puede desatar una lucha que, por una parte, confirma una visión presente en el sujeto desde hace mucho tiempo y, por otra, no quiere ser aceptada como punto de vista desde el cual fijar la visión de sí mismo y su relación con las sustancias: El predominio de la ‘oscilación subjetiva’ se hace claro en esta forma de describir lo que sucede. El diagnóstico del profesional, además, puede tomar fuerza al sumarse a la visión de otros significativos en la vida del paciente.

c) El diagnóstico como permitiendo la revelación de un secreto

El efecto de la discusión de un diagnóstico con el paciente puede relacionarse con la posibilidad de hablar abiertamente de algo que el paciente sabía, pero guardaba como un secreto para los demás

- yo eh... tenía ganas de contarlo todo, que más o menos fue lo que ocurrió, fueron apareciendo cosas después durante el tratamiento, pero así como yo nunca te dije ‘no si yo no consumo nada’, o sea, por una parte necesitaba ese espacio pero, por otra parte, también yo veía que eso iba a traer consecuencias y que se me iba a caer todo el mundo encima, que también fue lo que ocurrió... eh... bueno y también, eso iba a significar evidentemente que... o sea tú no me ibas a decir ‘ya, bacán sigue consumiendo y de ahí lo vemos’, o sea también iba a significar acciones concretas respecto a mi consumo, que era lo que en ese minuto no... me... preocupaba... entonces [...] sabía lo que iba a pasar... o sea por una lado, para mí, yo sabía que... de... de abordar cualquier camino pa’ salir, yo tenía que sincerarme y no andar como con ‘no, si probé una vez’, cachai tenía que ir rápidamente a... a la gravedad del cuento... pero también me asustaba todas las consecuencias que pudiera tener eso, tanto en mis relaciones como en mi propio consumo... y... se te cae el mundo [...] a mi me complicó, uno por el consumo,

pero era también por un cuento, no sé si de status o de relaciones sociales... entonces era difícil de manejar esa ambivalencia pero, por otra parte, cuando dejai de lado todo este tema como más del ego, del pudor o de qué sé yo, es el único camino... no queda otro, no (HG)

Se produce un efecto importante al abrir el secreto de un diagnóstico ya conocido. El entrar en un diálogo con el profesional sobre este diagnóstico deja en una posición de no poder dar marcha atrás. El compartir el propio diagnóstico del problema permite que el punto de visión se anude y se pueda sacar conclusiones. La posibilidad de abrir lo que era un secreto, junto a la confirmación que recibe el sujeto de su visión de sí mismo a través del diagnóstico, provoca un alivio, ya que es el primer paso en el encontrar una salida a la situación de crisis cronificada, primer paso que se vive como sin vuelta atrás, es decir, como cambiando irremediamente la situación. La apertura del secreto y, con esto, el anudamiento del punto desde donde se mira con el lugar del Otro, hace que el dónde es visto por los demás se venga abajo, se desplome su imagen ante la mirada de los demás. La integración de la división del yo hace que una de las realidades colapse, lo que adquiere una gran intensidad dado el celo con que había mantenido estas dos realidades separadas.

5.2.3.2 El 'acuerdo' que da por terminada la fase de 'entrada'

La fase de entrada se da por terminada cuando se llega a un acuerdo de las acciones a seguir durante el período de 'evaluación'. Eventualmente el acuerdo puede ser el que el paciente se hospitalice. El acuerdo siempre implica la intención de detener el consumo de sustancias durante el período de la 'evaluación'. La mayoría de las veces este acuerdo se logra en la primera entrevista.

a) El temor asociado a la detención del consumo

Existe un temor, al momento de llegar al acuerdo, de lo que sucederá con la detención del consumo de sustancias

- yo, yo planteé que no sabía para dónde iba a cortar, para dónde iba a partir yo con esto... eh... porque soy muy bueno pa'l hueveo y... sin copete no sabía si iba a seguir bueno pa'l hueveo, ¿cachai? (CG)
- obviamente me asusté cuando me dijiste que tenía que dejarlo todo (AM)
- me daba terror saber a qué me iba a enfrentar, eh... sin droga [...] pero la verdad que no me imaginaba el mundo sin eso, sin droga (HG)
- pero también me asustaba todas las consecuencias que pudiera tener eso, tanto en mis relaciones como en mi propio consumo... y... se te cae el mundo (HG)

b) Un antes y un después

La realización de este acuerdo marca un punto de inflexión en la oscilación de posiciones subjetivas con que viene funcionando el sujeto. Marca una diferencia simbólica entre un 'antes' y un 'después', la iniciación de un camino, que tiene efectos sobre la conducta del sujeto y puede producir alivio

- así que... estaba la matrícula firmada (CG)
- Puedo haber reclamado, haber dicho 'puta la huevá que no sé qué que no sé cuanto', pero en estricto rigor jamás me opuse, porque en el fondo era un alivio (EP)
- Claro, es un... es un fin cuando yo tomo la decisión de abstinencia, finiquita algo, pero es inmediatamente un punto de partida para otra cosa, no se sabe bien, pero en algún minuto tendrá que ser para mejor (HG)
- sí, de hecho llegué, había jalado la noche anterior, y llegué como estúpido a la consulta, llegué como a las 4, venía despertando, salí de la entrevista y dije, 'ya ahora empiezo' (SG)

El llegar al acuerdo no necesariamente implica que la detención del consumo comience inmediatamente

- y bueno, eso fue, a ver si me acuerdo bien... el 15 de Agosto es feriado, 14 de Agosto y... la condición que puse yo fue partir el 1 de Octubre, porque el cumpleaños mío es el 29 de Septiembre [...] y fue así, se fue acercando la fecha y... sin hacer nada anormal, en el cumpleaños incluso, permanecí estoico y... esto fue a la hora de almuerzo, y después hicimos un guitarreo hasta las dos de la mañana y ningún problema, eso fue un Sábado y el Domingo eh... normal, y decidimos salir a comer para hacer la ceremonia de iniciación, digamos, finalización más bien, fuimos a unas parrilladas argentinas, comimos, no sé yo qué mierda... pero con un muy buen vino, y yo que no tomaba licores fuertes por el tema que tenía al hígado, me tomé dos piscos sour y... yo al día siguiente tenía, eso era un Domingo, el Lunes tenía la primera sesión con la Karina [psicóloga], creo... así que llegamos a la casa, como a las 11 de la noche, muy preocupados de Ceniciento, porque a las doce, a las cero horas [...] así que a las 11 y media que llegamos de ir a dejar a mi cuñado eché, creo que hasta el bidón del agua arriba del pick up, todas las botellas del cumpleaños, todas las botellas que habían, todas las que nos habían regalado, llenas o vacías, desapareció todo, primera lección digamos, 'no debe haber copete en ninguna parte dentro de tu entorno, de tu círculo primario', efectivamente un cuarto para las doce se fue todo el copete de mi casa y partimos (CG)

Con el establecimiento del 'acuerdo' se produce la sensación de haber emprendido un camino, de ir hacia algún lado aunque no se sepa bien hacia dónde

- y el seguir caminando, por primera vez encontraba que estaba en el camino (EP)
- creo que lo que me influyó fue, en sentirme que estoy haciendo algo nuevo... es como sentirme que estoy embarcado en algo nuevo... tengo que tomar el metro e ir pa un lugar distinto, tengo que romper un poco mi rutina, eh... fue como la novedad (AM)

- también para mí había una motivación extra... eh... dicho de otra manera es como... por decir algo, una cosa burda... ayer que no sé poh, yo puedo tener muchas ganas de mejorar mi condición física y salir a trotar, pero hasta que no me meto al gimnasio no lo hago , y todos los días llego a la casa y digo, puta, podría salir a trotar, podría salir andar en bici, pero hasta que no voy y no pago el gimnasio y empiezo a ir todos los días, no lo hago, entonces en otros términos pasa algo parecido , claro que después cambia, porque al principio tu decís ‘bueno, me voy a embarcar en esto que es importante, que necesito hacerlo, que me va a mejorar mi condición...y voy a hacer todo el esfuerzo’ (HG)

c) El acuerdo y la oscilación subjetiva

La oscilación subjetiva con que se viene puede dar la sensación al sujeto que no está implicado en el ‘acuerdo’ que se toma, sensación que puede variar rápidamente

- Y ahí yo creo que en un principio, bueno llego a tu, a tu consulta a hablar contigo, y te vuelvo a reiterar ahí yo salgo y...primero fue el plantear dos años, yo digo ‘este huevón está loco, como dos años, ni cagando’. Yo había estado en una clínica psiquiátrica quince días y a los treinta días chocaba curado. Yo quince días no había aguantado ni cagando y tú me estabai hablando de una internación que era sin fecha, porque yo al principio entré internado sin fecha, tú ni siquiera me dijiste ‘oye van a ser dos meses, tres meses, cuatro meses’, no nada. Me internaste y después veremos más adelante, yo dije ‘nooooo’... por eso me quedé pensando después, ‘no habrá sido mucho huevón’, como que de repente pensé, que es loca la mente, que había llegado a tal punto mi manipulación de que yo había dado a entender de que yo estaba muy grave, cuando realmente no lo estaba tanto... entonces al final en vez de creerme tan inteligente dije me metí yo mismo en mi propia mentira, un poco eso, como decir manipulé a tal punto la gravedad con el tema, que la cagué, o sea me amarré yo solito en dos años (EP)

- pensé que podía manejarlo también yo... dije, soy una persona adulta... este tipo dice que tengo que dejarlo todo, bueno, no sé... ahí iremos viendo... lo dejaré de a poco, qué se yo (AM)
- lo que pasa es que en un principio es muy curioso lo que sucede, porque es una transición muy rápida. Lo que yo en principio tomé de una manera instrumental me di cuenta que era lo esencial. Sin darme yo cuenta, yo creo que no tuve la conciencia suficiente de un darme cuenta, de que a lo mejor la decisión instrumental que tomé fue la mejor decisión de mi vida. Porque hasta ahí, no hasta ahí yo... gracias por salvarme no más. Pero de repente cuando la encontré dije gracias por salvarme, gracias por tratarme (EP)

Para la realización del ‘acuerdo’ no es necesario que el paciente tenga completa claridad de lo que está haciendo, de los objetivos del ‘acuerdo’ o del diagnóstico de la situación actual. Basta con que el ‘acuerdo’ se realice y las condiciones de éste queden bien explicitadas. Las implicancias del ‘acuerdo’ para el sujeto se irán desarrollando durante el período de ‘evaluación’

- Yo entré por la ventana... sabís que yo creo que... pa’ mí el tratamiento fue una salida... hoy día después de... casi cercano a los cinco años... logro tener un poquito de conciencia de por qué yo llego ahí. Yo no llego con la perspectiva de querer sanarme. Yo vengo arrancando de un grave problema que tenía. Obviamente que... que, después me fui dando cuenta, con el tiempo y el tratamiento en sí mismo, de un montón de cosas. Yo iba arrancando, yo iba arrancando porque mi situación era límite (EP)
- yo creo que no, yo creo que hasta ese momento, estaba tan intoxicado que yo seguía dando manotazos de ahogado. Tenía que tratar de agarrarme de donde fuera para poder salvarme (EP)
- A ya... claro, fue todo muy rápido, y... obviamente yo llegué a hablar contigo... parece que incluso fumé pito antes de... bueno es muy probable... eh... porque en fin... todas las cosas yo las enfrentaba de esa manera, pa’ estar más tranquilo, etc... y... conversamos y... no sé creo que me dejé llevar... creo que sentí que... no

- sé algo pasó, algo pasó que no me arrepentí en ningún minuto, ni en ningún minuto creo que dudé en decir ‘no, sabís que mejor no voy a ir’,creo que fue una apuesta, veamos qué pasa... eh... yo creo que me van a ayudar, yo creo que va a ser positivo (AM)
- No sé qué pasó, no sé qué pasó... mi mamá lo llama una intervención divina, mi mamá es muy católica, ella lo llama intervención divina... yo lo llamo, no sé fue un lapsus de... no sé... las cosas se dieron porque tenían que ser así... tenía que ser así (AM)
 - Veamos de qué se trata... claro, en ese momento yo estaba tan desesperado, me sentía tan mal, que yo... bueno tomémoslo [...] yo creo que, pensé que no tenía más que perder, pensé que no tenía más que perder (AM)
 - Es que fue, es que... mira, yo pienso que en definitiva, fue... ‘veamos qué pasa, veamos qué pasa’, yo siempre he sido... nunca he sido de pensar muy a futuro, y ‘cuando llegue ahí veo lo que hago... veamos qué pasa, voy a venir pa’ acá, tengo una sesión mañana, voy a ver cómo me va, ya, me fue... bien... tengo una sesión la próxima semana, vamos... me fue bien... veamos qué pasa’, como en una volá’ más.. ‘veamos qué pasa con esto, por ahí me hace bien’ (AM)
 - como que ahí no me preguntaba qué tan difícil iba a ser, en el fondo ahí era como un entregarme, ‘ya, me meto a esta cuestión sea lo que sea, porque nada puede ser peor de cómo estoy ahora’ (HG)
 - entonces como que venía con unas ganas de poder concretar algo en ese sentido, no me preguntís cómo, yo creo que fue una cuestión más bien de ‘hoy día no voy a consumir’, no fue una cosa, ‘ya, nunca más’... no, no, fue como, ‘quizás puede ser, ya hoy día voy a hacer esto y me voy a ir a acostar, y mañana’, así, así, así, va a ser otro día, de esa manera, me lo iba planteando, y he ido llegando acá de esa manera, o sea no fue ‘ya ok, no vuelvo a consumir, se acabó esta huevada’, no, fue una cosa, como que tomé refugio acá, ok, hoy día no, hoy día me salgo, hoy día estoy tranquilo, y viendo un poco, mirando para atrás, esa fue como la manera, tapándome para los lados, y haciendo el día, haciendo el día (SG)

- Yo entré a tratamiento, o entré a psicoterapia, porque había llegado al punto, había llegado a un punto en que ya no podía más, o sea, no tenía ninguna otra salida (SG)

d) La influencia de terceros en el aceptar el ‘acuerdo’

El aceptar el ‘acuerdo’ que se propone está influido por la demanda de los familiares de que el paciente haga algo en relación a su consumo de sustancias. Esta demanda facilita que el paciente, por motivos gananciales o emocionales, tome la decisión de realizar este acuerdo

- pero no lo hice [rechazar el acuerdo que se le proponía]... porque ya me había subido a la micro, ya no me podía bajar, no me podía bajar, porque de la poca y nada credibilidad que tenía, al estar entregado familiarmente, eh... al tener la prenda de mi vida en ese momento, para ellos era una tranquilidad, y si yo me bajaba del caballo corría el riesgo de perderlos. O sea, cachai la huevada manipuladora, porque es una huevada absolutamente manipuladora [...] Sí, para mí era un tema así de vital, así de vida o muerte, entonces si ya había entrado en proceso, ya está, aquí estoy. No me podía arrepentir si ya me había tirado del tobogán, ya iba pa’ abajo, pa’ la chucha, cachai, ya no me podía arrepentir, entonces, ya estamos (EP)
- y... bueno fue eso, hice una apuesta y las cosas se empezaron a dar... influyó el tener el apoyo de mis padres... me sentía apoyado, sentí que yo podía... hablé con ellos, sentí que no... que era una oportunidad que no podía dejar pasar, de alguna manera estaba en juego mi credibilidad en el fondo (AM)
- igual uds. no me dejaron mucha opción... no me dejaron mucha opción... por otro lado, ya había hablado con la Sofía [polola], y la Pame tampoco me dejó mucha opción (AM)
- Ahora, después que hablé contigo obviamente se produjo un impacto... pero como que ya me había metido en la cuestión, y como que estaba sentenciado por todos lados, como que no tenía por donde (AM)

- yo más bien me enfocaría a... en la primera trataría de agarrarlo y trataría de agarrar a la familia, o sea, en la primera parte, yo creo que ahí la familia es fundamental. Tratar de agarrarlo, ‘ven para acá compadre, quédate un rato acá, que se te despeje un poco la cabeza y después empezamos a hablar’, en una primera parte yo creo que tienen que agarrarlo [...] sí, de todas maneras, o sea que la familia lo agarre, o alguien, si es su familia bien, mejor, pero como te digo a mí me da la impresión de estar tratando con un niño, cachai, o sea con alguien que no tiene mucha... que anda medio ido, medio ido, medio nebuloso, ahí yo creo que la gente que está alrededor de él es fundamental, fundamental, para en un primer momento tomarlo, sacarlo de donde está y ahí poder empezar a trabajar con él, cachai, pero en una primera instancia es como ‘estai acá, pero saquemos...’ [...] y tratar que todo el ser se pase para allá, tratar, no sé cómo, pero pasarlo para allá, cambiarle el switch hacia allá (SG)
- ahora... por otro lado también hay una presión familiar... hay una presión familiar, o sea en el momento en que tú decides como, claro, la Claudia [esposa], mi mamá en una reunión, y decirles frente a ellas ‘el Jaime tiene una adicción, tiene un problema, este problema no se va a curar solo, sino que se va a curar a través de una terapia, y si no funciona esta terapia, que estamos probando... o se va a un centro de internación, que no se puede por razones económicas, o sino sigue igual’... ya en ese momento, en que se hace público, se hace como sonoro, ya no hay mucho que hacer (se ríe), o sea... es un poco la génesis del tema, ¿no? (JS)

e) El ‘acuerdo’ y la decisión de hospitalización

Si durante el proceso de ‘evaluación’, dada la dificultad del paciente para detener el consumo, se decide la hospitalización, esta decisión se convierte en una extensión del ‘acuerdo’ inicial. Esto hace que hace que el sujeto quede implicado en la decisión de hospitalización

- Sí, tiene un peso... tiene un peso... sí, porque no había logrado estar no sé cuántos días, no me acuerdo cuántos, sin abstinencia... con abstinencia y entonces claro, igual aquí me iba a asegurar 3 o 4 semanas con abstinencia, cosa que yo nunca había podido lograr y decir 'bueno, cuando salga de la clínica ya voy a haber logrado varios días, por lo tanto hay una buena cuenta de ahorro', que de mi parte habría sido tonto haberlo echado para atrás, entonces indudable que el no haber logrado eh... mantener la abstinencia de forma ambulatoria, tuvo un peso (HG)
- no es lo mismo, no porque yo creo que hay una valoración de la persona que está al frente, en este caso yo, es como... en el sentido de que se da... aunque sea mínimo, un voto de confianza en que podís seguir existiendo en este espacio, y no en una clínica, con ciertas medidas, con ciertos cuidados, porque existe este camino de rehabilitación, si hubiese sido a la primera la clínica, claro, es más chocante (HG)

Cuando el paciente se hospitaliza como parte del 'acuerdo', el tema de mantener vigente el que se haga la "voluntad" del sujeto cobra especial importancia

- por favor no me obliguen a hacer algo que no quiero hacer. Yo voy a tener toda la voluntad, se los prometo, no voy a luchar con esto, pero no me dejen solo. Yo necesito de ustedes para salir de esto (EP)

Este rescate de la propia voluntad queda matizado por el saber que, dados los deseos de consumo de sustancias, el propio sujeto pudiera querer, al oscilar su ubicación subjetiva, ir en contra de la decisión que está tomando sin interferencia de los deseos de consumo

- ya entrando a la clínica empiezo a sentir las primeras cosas... me costó mucho conversar con mi papá, lloré mucho, lo único que le pedí es que si yo no quería estar ahí que me sacara, pero también le pedí que si era lo mejor pa' mi que no lo hiciera (EP)

En el sujeto hay un saber en relación a la falta de asentamiento que puede llegar a tener la posición desde la cual está hablando en ese momento, sabe que el lugar desde donde se mira puede desdibujarse casi por completo en un corto período de tiempo.

5.2.4 El período de ‘evaluación’

5.2.4.1 La detención del consumo de sustancias

a) Las dificultades de la detención del consumo de sustancias

En las primeras semanas que se detiene el consumo de sustancias, hay molestias y dificultades que se viven desde los planos de lo físico, emocional y motivacional

- lo peor de las seis, u ocho, diez o doce primeras semanas es todo el cuento físico (CG)
- llevamos seis semanas... son más cosas físicas te diría yo (CG)
- Y así como tu pasai muchos episodios orgánicos muy desagradables (EP)
- yo recuerdo que los primeros 7 meses, fueron 7 meses de idiotéz... muy difíciles, los más difíciles (AM)
- me acuerdo que quería hacer muchas cosas y no podía... tenía muchas ganas de... yo decía ‘puta, voy a aprovechar hoy día en la tarde y voy a ir al cerro a andar en bicicleta’, pero no tenía ganas, mi cuerpo no me respondía... quería hacer muchas cosas, digamos, ocupar mi tiempo en cosas sanas... y no podía hacerlo... finalmente terminaba echado... eso recuerdo que me pasó, muy claramente... tener las ganas pero no me daba el cuerpo, quedaba muy cansado, estaba muy cansado... era tanto el esfuerzo que quedaba muy cansado (AM)
- ahora ese tiempo es como la mona, los primeros 3 - 6 meses, porque ahí estai, te sentís mal y no... te quedan dudas de si realmente será para mejor (HG)
- mucho desgaste biológico, en términos de que no dormís bien, o sea todo lo que te pasa la principio, no dormís bien, tai con sueño, tai como desequilibrado (HG)

Los deseos de consumo, muchas veces asociados a estímulos particulares, pueden ser causa de malestar importante en ese primer período

- muy cansador, de... no querer llegar a la casa, no porque quería seguir trabajando, era porque llegaba a la casa a la hora en que me tenía que tomar la cerveza, y no tenía cerveza, entonces... no voy a llegar a la casa poh, hasta la hora en que necesariamente tengo que comer, que ya por último sin vino... mala cueva, pero tengo hambre... entonces empecé a llegar... en un principio llegaba a la hora normal y yo me paseaba como león enjaulado hasta la hora de comida, y comía con mucha... ansiedad, y caía muerto... muy, muy cansador... yo te diría que ese fue el primer mes (CG)
- para tomar mi bebida, mi Coca Cola, o lo que hubiera, y ojalá, ojalá fuera Viernes, ojalá, porque al día siguiente no me podía mover, como si hubiera jugado dos partidos de fútbol siendo el defensa central de Colo Colo en la Copa Libertadores de América... o sea molido en la espalda, las piernas, los hombros, las manos... por asistir a estos eventos, y al principio asistí a estos Viernes y Sábado, porque era el cumpleaños de no sé quién, porque tengo que ir a saludar a mi viejo y qué sé yo... y el Domingo no me podía levantar... ahh la espalda, ahh las piernas, las piernas poh huevón si no había corrido... yo sufrí de dolores físicos, después de ir a estos eventos, los primeros meses (CG)
- porque yo varias veces traté de pegarme un recreo, decirle a la Sofía [polola], que me decía... a la Paula [psicóloga], incluso yo le decía 'oye, pucha, llevo 3 meses', ponte tú, 'me merezco un recreo, cachai... como que he trabajado duro, y bueno, merezco... ver un partido de fútbol tranquilo, llegar a mi casa y que no me molesten' (AM)
- mi cuerpo me decía la única manera de sentirse bien, de aliviar esto es... consumir... ese era el alivio, instantáneo (AM)
- dentro de esos primeros 7 meses creo que fui a un par de fiestas, cometí el error de ir a un par de fiestas y amanecía hecho bolsa... de hecho tenía que irme porque amanecía con unos dolores de cabeza (AM)

b) El apoyo de terceros en la detención del consumo de sustancias

La detención del consumo de sustancias recibe un fuerte apoyo de terceros significativos involucrados en el proceso. Este apoyo puede ser a nivel del compromiso emocional que la persona siente con familiares que lo están apoyando, lo que hace que el volver a consumir tenga un costo emocional importante para él y el no hacerlo funcione como una motivación

- yo sí, lo único que tenía claro de mi vida, era que quería a mi mujer [...] yo tengo que seguir, por una cuestión personal, familiar (CG)
- el que sea valiente que me siga y el que no que se vaya a la mierda... y partimos los dos solos [él y su esposa] (CG)
- obviamente, después caché que echar pie atrás implicaba... una carga emocional pa mis papás, o sea... ya no podía echar pie atrás (AM)
- Yo creo que... tuvo que ser así, muy importante, fue muy importante... si yo no hubiera involucrado a mis papás o no hubiera involucrado a la Sofía [polola], obviamente... yo vivía solo, nadie sabía que yo... hubiera dicho, 'sí, estoy con sesiones'... yo podría haber culebreado de cualquier manera, digamos, entonces obviamente que involucrando a más gente te cuesta más salirte, portarte mal... es importante [...] mis papás son muy importantes entonces [...] pero aunque en ese tiempo teníamos mala relación, siempre fueron muy importantes para mí.. Sí, siempre fuimos muy unidos (AM)
- involucré a mi familia, involucré a la Sofía... está de por medio mí... la poca credibilidad que pueda quedar de mí... la gente ha vuelto a cifrar sus esperanzas en mí, ha vuelto a confiar en mí (AM)
- veía que la gente que estaba alrededor mío... la veía como que estaba contenta, igual se estaban involucrando hartos, entonces [...] obviamente porque sentía que no estaba solo... sentía que no estaba solo... por un lado ellos emocionalmente, y por otro lado obviamente el tratamiento (AM)

- se me produce antes del deseo, pero bueno, eh... como que ya no pienso sólo en mí, o sea pienso en lo que les pasaría a ellos... si yo volviera atrás cachai, como que hay más gente ahora, no estoy solo, estoy conectado con más gente (SG)
- Ya... me hubiera como quedado callado... no hubiera involucrado a mis papás, a eso te referís?... uff... yo pienso que hubiese tenido más opción de, de... realmente haber manejado yo el tema (AM)

El apoyo también puede ser en el terreno de lo práctico, cumpliendo una función de control

- yo dejé de manejar mi plata porque se la transferí a la Karen [esposa], y me quedaba yo con plata y era una chispita de preocupación de ella que yo tuviera plata (CG)
- me acuerdo de eso, me acuerdo de eso, me acuerdo de todo este proceso ya con la familia, con la Claudia [esposa], mi mamá metidos acá y... se hace mucho más controlado todo, se hace mucho más difícil, ya sabís ya la cuestión, se empieza a lograr esa cosa un poco como de control que se pretende hacer, con esta listita de cosas que tenía que hacer, no podía ir, no podía salir, tenía que llamar por teléfono, tenía que... cachai, como ese tipo de cosas que había que... que al final te dan un poco la fuerza, sacándote de este... que logra frenar esta máquina (JS)
- pero no tiene, yo te diría que no tiene relación con el poder que adquiere el alcohol sobre uno... o sea si la persona que te apoya, tu círculo íntimo, en el caso mío era mi mujer me dicen 'ah, estai hueveando'... estoy hueveando, poh [...] happy hour de la oficina... no... 'oye si te tengo juguito' (CG)
- O hubiera estado viviendo más lejos... o mis papás hubieran sido de Pto. Montt ponte tú, que no hubieran podido venir a sesiones mensuales o semana por medio, igual con mi pareja... pienso que hubiera sido mucho más complicado.. mucho más complicado... de hecho me acuerdo que la Sofia [polola] de alguna manera funcionó... no de chaperona, pero sí de alguna manera me mantenía ahí, y los fines de semana estaba ahí con ella... de hecho las veces que recaí, fueron cuando estaba solo yo en mi casa... sin ella (AM)

- Claro, porque te sentís bien, si mmh... te sentís mucho mejor, pero rápidamente eso cambia cuando empezai a sentir los... mmh... la falta de droga, ahí te cambia todo y te cambia la manera de pensar en un minuto... ahí ya da lo mismo, no vale nada, no vale ni que la gente esté preocupada por ti, no vale que estís encerrado, ahí ya buscai cualquier artilugio pa' poder conseguir marihuana o cocaína o lo que sea, ahí ya no vale... entonces es ahí donde no basta como la voluntad inicial, no basta la motivación, hay que ir más allá, hay que ir más allá, hay que... creo yo digamos, y ahí es donde uno ya empieza a perder el control de la cuestión, ahí es donde necesitái que otros tomen el control por ti por un rato... eh... porque se te hace más difícil poh, si tenía al Pedro [hermano] todos los días cuidándome, si estaba tomando un montón de medicamentos que me mantenían dormido, si la gente estaba preocupada, pero ahí en la casa, eh... si yo me paro, no me paro, ahí ya prácticamente se te complica, no basta una mentira pa' salir (HG)
- no podía ser solo, no, no... no podía hacerlo solo, no sabía cómo hacerlo, no estaba capacitado, no tenía la voluntad y frente a eso eh... me estaban dando las condiciones de poder hacerlo, que eran tener al Pedro [hermano], tener a mi mamá, tener a la Paz [esposa] (HG)

o de compañía y apoyo emocional

- que toda la... mi familia, es como un apoyo, es fundamental, son como un lazo, es como un manta que te... algo que te impide que te... es como que te sostuvieran, es como un apoyo tan... fundamental, es como aprender a ser de nuevo. Y durante esos pequeños, o esos momentos tenís que tener, como que te tienen que enseñar de nuevo, tenís que aprender de nuevo y... es fundamental en ese momento, tenís que hacer todo de nuevo, todo de nuevo. Y en ese momento para mí fueron... o sea si yo hubiese estado solo... no sé, no sé qué hubiera pasado, porque todo el apoyo que me dieron, independiente que vinieran a sesiones o no, o sea el apoyo que hay en mi casa, el cobijo, el calor que me dieron, como te digo, solo no sé qué hubiera sido. De verdad hubo momentos en que yo dije no hasta aquí llegué, no aguanté (HG)

- no, aquí, mi mujer y mi tratamiento [...] nosotros en un principio nos aislamos del mundo, y el mundo nos aisló (CG)

o sencillamente no validando la vuelta a consumir sustancias

- porque fue pura voluntad, porque... y apoyo, apoyo, porque sin apoyo no sé si hubiera aguantado... porque yo varias veces traté de pegarme un recreo, decirle a la Sofía [polola], que me decía... a la Paula [psicóloga], incluso yo le decía 'oye, pucha, llevo 3 meses' ponte tú, 'me merezco un recreo, cachai... como que he trabajado duro, y bueno, merezco... ver un partido de fútbol tranquilo, llegar a mi casa y que no me molesten' (AM)

c) Las medidas de protección y la identificación de los deseos de consumo en la prevención de recaídas

El sujeto realiza acciones prácticas, de diversa índole, que le facilitan el no consumir

- yo diría que al mes, no, que al mes, a los quince días estaba de cumpleaños mi cuñado, el 16 de Octubre, mi abuelo el 18 y mi papá el 20... y yo iba a esos lugares, donde sí tomaban, consciente de no tomar, agarraba el vaso más distinto, cosa que hago hasta el día de hoy, el vaso distinto, que sea de plástico, me daba lo mismo (CG)
- si tenemos que ir [a reuniones sociales-familiares donde hay alcohol] que sea un Viernes, porque es más corto, porque estai más cansado y te vai más temprano (CG)
- estar con las orejas bien abiertas, con los sentidos bien puestos y con mi círculo bien protegido (CG)
- yo dejé de manejar mi plata (CG)
- ahí lo que te vale es como la certeza y lo robusto que sigan siendo las medidas de protección porque... se te vuelve difícil armar un mono pa' poder consumir, si no tenís plata, no tenís amigos, no tenís celular, si no tenís a quién llamar, si no podís

llamar por teléfono, es como una hazaña muy grande, entonces tampoco le dedicai mucha energía a planearlo (HG)

La realización de estas acciones prácticas puede ser parte de un contexto de recomendaciones realizadas por el equipo de tratamiento, lo que implican una disposición y decisión del sujeto a seguirlas

- tengo que ceñirme a las pautas que me entregan [...] y esa es la posición que uno debe tomar, uno debe entregarse... al tratamiento (CG)
- si era un huevón entregado, o sea yo asumí mi enfermedad, o mi problema, mi adicción, yo la asumí como un adicto obediente... 'vamos pa'llá... pa'llá vamos', 'tómate estas pastillas, tómate estas pastillas', ' te van a hacer bien... la raja', 'deja de tomarlas...ya, perfecto' (CG)

Es interesante el que el estar en un contexto en que se ejerce un control para evitar el consumo, puede ser vivido como un alivio para el sujeto y no como una restricción de sus libertades

- lo que pasa es que en la clínica es tal el entorno, que ni siquiera te cuestionai o te pasai el rollo de poder ir a hacer una recaída, entonces eso alivia, porque igual en términos de pensar cómo hacer para recaer, tenís que cranearlo... dado que no tenís ninguna condición, ahora tenís que inventar una manera, eh... te toma tiempo, entonces cuando estai en la clínica ese escenario no existe, el escenario de poder plantearte siquiera el hecho de poder recaer y como no existe, desaparece de tu cabeza y por lo tanto no hay desgaste por ese lado, entonces es más fácil, más fácil (HG)

El poder identificar los deseos de consumir y sus efectos sobre sí mismo, ayuda a entenderlos como algo que es posible enfrentar

- entonces mientras pasaba eso, yo tenía deseos gigantes de consumo, gigantescos, pero pensaba 'esto tiene que pasar, esto algún día tiene que pasar, esto tiene que disminuir, eh... lo más probable es que tenga que pasar por esto' (HG)
- ¿sabís qué más esto es... ganas de tomar, si en el fondo no es otra cosa', no las camuflamos con oh... son ganas de tomar y por lo tanto, hay que sacarlas afuera y ver qué se hace con las ganas de tomar, son todas administrables... entonces, 'ya, vamos a llegar a la hora que deberíamos llegar, y yo llegaba, tomaba el vaso schopero, lo llenaba de agua y me plantaba dos... o sea, un litro de agua, y quedaba enguatado, para que por lo menos las ganas, por sed, no las tuviera... entonces yo te diría que al cabo de quince días, dos semanas, ya me daba lo mismo (CG)

d) El compromiso propio del paciente en la detención del consumo y su vulnerabilidad

La detención del consumo de sustancias no sólo se apoya en terceros, sino que también hay un nivel en que el sujeto ha llegado a una convicción y se ha planteado un objetivo y meta personal a cumplir

- al final del tratamiento veamos qué pasó con el resto... pero yo me metí en esta cuestión, tengo que ser capaz de sacarlo adelante, y de sacarlo con un siete (CG)
- [frente a la pregunta de qué lo hace mantenerse sin consumir durante la evaluación] yo creo que dos cosas, la primera que yo realmente quería salir de la adicción, o sea hay una convicción muy profunda de que sabía que por ese camino la cosa andaba mal, no solamente porque me podía pasar algo, sino porque estaba viviendo mal (HG)

- o sea después pasó a ser como algo tuyo, ya no necesitas este control externo, ya pasa a ser una cosa que uno se lo toma como una cosa más de uno y uno adquiere un compromiso (JS)

En esta decisión del sujeto de mantenerse sin consumir sustancias, influye el no querer volver atrás, a experiencias asociadas al consumo que colindan con lo traumático que comienza a recordar

- Sí, seguro, porque en la medida de ese proceso eh... yo creo que quizás uno no ambiciona mucho hacia el futuro, pero sí en mi caso tiene muchos recuerdos y empieza a caer poco a poco en todas las embarradas que dejaste... eh, y te da como hartito escozor... eh... empezai a ver con más nitidez situaciones en las cuales actuaste mal y a los niveles que podís llegar, entonces eso no lo querís repetir tampoco (HG)
- es 'yo no quiero volver a llegar a eso' y en el fondo lo único que tengo claro es que si consumo de nuevo, voy a llegar a eso, no se qué vaya a pasar a futuro, lo que sí sé es que si consumo voy a volver a llegar a eso (HG)
- yo en algún punto dije 'ya, esta cuestión se acabó', y cada vez que miraba para atrás, o miraba hacia lo que había sido mi vida, cachai, veía mi muerte, cachai, o sea la veía clara, súper clara, y como que llegó un punto en que dije 'no, no voy a mirar para atrás, voy a hacer esto, voy a mirar hacia adelante, voy a plantearme una, voy a darme una oportunidad cachai, no voy a mirar para atrás', y veía claro, veía la muerte, no simbólicamente, sino que la veía, lo veía claro, o sea veía que en ese camino lo único era matarme (SG)

Sin embargo, esta decisión del sujeto por hacer un cambio en su relación con las sustancias química es vulnerable, lo que hace que su mantenimiento dependa de la posición de los terceros que lo apoyan

- yo creo que en las primeas seis semanas uno es súper vulnerable, lo más probable es que haya seguido con el tratamiento, eso me dice la lógica, porque no es barato,

- entonces si tu mujer te dice ‘ahhh, qué tanta huevada’ y tú seguís teñido, te insisto, seguís con el bichito adentro [...] seis primeros meses estai super vulnerable uno a las decisiones (CG)
- pero tampoco me afecta, pero sí las primeras seis u ocho semanas, cualquier huevada que te digan... yo era el último lugar en la (inaudible)... ‘oye nos cambiamos de clínica... nos cambiamos de clínica poh huevón’ (CG)

e) El ‘acuerdo’ inicial se va validando, cambiando, resignificando como parte del proceso de ‘evaluación’

A pesar de haberse llegado a un ‘acuerdo’ inicial que implica la detención del consumo de sustancias durante el período de la ‘evaluación’, el paciente no siempre ha pensado seguirlo al momento de realizarlo. La decisión de realmente seguirlo puede irse desarrollando como parte del proceso

- [durante la ‘evaluación’] o me pongo las pilas, aunque sea un tiempo, o me salgo de esto... y dije ‘ya, voy a cortarla con esto aunque sea un tiempo, aunque sea un mes, sin nada’... eso fue lo que me hizo... tomar esa... de nuevo la decisión de... en realidad yo creo que tomar de verdad la decisión de empezar a ponerme las pilas... fue como la primera vez que tomé la decisión de verdad (AM)
- [al momento de decidirse su hospitalización] pero de ese minuto eh... yo me acuerdo que estaba entregado pero no fue como un mismo tipo de entrega que cuando yo vine para acá a contar y decir ‘ya, yo quiero enfrentar un tratamiento’ ahí ya es como ‘puta, no sé qué vaya a pasar’, como irme a Siberia... me voy de esta sociedad por un rato (HG)
- evidentemente que valorai la vida fuera de la clínica, si estai en la clínica, si es como estar en la cárcel... valorai el hecho de la... de fuera de la clínica, y como cada vez que uno está en ese tipo de conflictos, valorai las cosas más sencillas, eh... por lo tanto se reafirma eh... el hecho de seguir este camino, el camino de la rehabilitación, entonces eso también como que da ánimo de enfrentar este camino (HG)

- fue casi como empírico, o sea ‘ya probemos’, ‘te desafío a que, no sé, estés un mes sin probar nada’ y obviamente no va a dar resultados, era como un camino, vamos a ver con la práctica... y ahí ya te podías hacer un poco más la idea de que ‘bueno, ahora qué digo, dije que iba a estar un mes, y después no, que me encontré con alguien en el camino, que iba para mi casa’... ahora, ese es como el momento en que uno empieza como a pensar en seguir el tratamiento (JS)

La resignificación del acuerdo realizado también se puede producir por efecto de la aparición de los deseos de consumo. Estos pueden ser tan intensos que lleven a cambiar la forma de pensar del sujeto y, de esta forma, que se salga del lugar desde el cual ha realizado y mantenido el ‘acuerdo’ previo. Cuando los deseos de consumo se intensifican, se pone en riesgo la estabilidad de la posición del sujeto

- que la cosa es tan heavy, que te da vuelta y tu no sabís qué hacer, no sé, por eso las recaídas (HG)
- desde el minuto en que vine para acá, yo tenía una decisión de abstinencia, pero por motivos que me superaron, yo iba y recaía (HG)

f) El efecto simbólico de la hospitalización

Cuando el acuerdo lleva a la hospitalización, ésta produce un efecto simbólico en el sujeto, más allá de ofrecer un contexto que facilita la detención del consumo

- yo había tenido episodios de soledad muy grande en mi vida y este iba a ser uno más, doloroso, el dejarte ahí en un lugar, solo en una pieza, en un lugar donde no conocías a nadie, donde no ibas a ver a nadie, donde no ibas a hablar con nadie conocido, donde ibas a estar aislado absolutamente, creo que era uno de los más dolorosos episodios de soledad en mi vida (EP)
- y cuando se fue y cerró la puerta, te juro que... yo no salí de la pieza, había gente fuera, pero yo no salí de la pieza hasta el otro día, y dormí, dormí, dormí y... pero

- era eso, al otro día desperté y dije ya, estamos en proceso, partí, y de ahí no me opuse a nada (EP)
- fue bien triste, fue bien triste porque... yo creo que por una componente muy importante de origen social o cultural, en términos de decir ‘mira en lo que estai cayendo cachai, a una clínica psiquiátrica de rehabilitación de drogadictos’, eh... cosa que hoy día me da lo mismo al final, pero en ese minuto eh... fue como caer a lo más bajo ya... y además es como que, ya, no sé ya no te queda nada que esconder, ya qué más bajo que irse a una clínica psiquiátrica como a desintoxicarse... a pasar 30 días, 25 días a que te cuiden sin ninguna posibilidad de que un poco... de que el resto de las personas puedan entre comillas estar un poco más tranquilos, aunque no sé si lo hayan estado, pero al menos no conmigo en la casa... para mí fue bien triste, por otra parte hoy día yo lo veo como algo imprescindible, y para mí marcó un fin y un inicio, claramente [...] yo ya llevaba harto tiempo relacionándome con un montón de gente, en un montón de actividades , y llegar así en esto, también me marcaba mucho el hecho de, puta, cómo ‘miren a lo que llegó Héctor’ (HG)
 - o sea al final, que más real que esté yo en la clínica por un problema de adicción a las drogas (HG)

g) El efecto de la recaída

La división del yo también se deja ver en el efecto que tiene un volver a consumir a los pocos días de haberse llegado al acuerdo de detener el consumo. El ingreso de la sustancia puede tener como efecto el de querer seguir adelante con el consumo

- Es contradictorio porque por una parte, inmediatamente después de la recaída, yo lo que quería era seguir consumiendo, quería mandar todo a la cresta [...] yo creo que en mi caso no fueron un aliciente como para seguir en el tratamiento, al contrario, yo lo que recuerdo fue como... rápidamente quería seguir consumiendo, eh... por eso el hecho de haberlas negado, en buena parte... no creo que haya

ayudado mucho el sentimiento de culpa, de decir ‘puta la cagué y por lo tanto quiero con mayor fuerza retomar el tratamiento’ (HG)

O puede tener como efecto el que el paciente se vaya haciendo la idea de tomar una decisión más clara

- y llegaba el fin de semana y... ‘sí, igual tomé’... igual me sentí (inaudible), no sé si (inaudible)... un poco vergonzoso, cachai, y como que te va dando vuelta que la cuestión es... realmente no podís cumplir, y ahí me da como decir ‘puchas, ya, estoy pagando’, estaba pagando una cuestión, venía para acá, y de repente pensaba ‘puchas, le dará lata’... porque no sé cuántas veces fueron, pero fueron hartas veces... hasta que llegó un momento que me acuerdo que fue como ‘intentemos por última vez, intentemos por última vez y veamos’... no me acuerdo muy bien cómo fue, no sé si la última vez hubo como un ultimátum [...] pero hubo como una especie de... ‘hagamos el último intento’... pero yo, ya, era como que cada vez... sí sentía que estaba más cerca, cachai... lo que pasa es que era muy difícil salir de golpe de todo, había un círculo de... entre comillas amigos, había un círculo ahí, que daba vueltas, que a mí me complicaba hartito la verdad. A mí me habría sido hartito más fácil haberme ido del lugar, o haberme ido a otro sector, no tener que toparme, yo me bajaba de la micro y me topaba, en Vespucio con Tobalaba, ya no existe nada, pero bueno... era como que ah, justo era como que ‘hola’ y ay... terminabai metido en el sucucho... pero al final, al final igual se logró (JS)

5.2.4.2 La ‘reaparición’ del sujeto

a) El ‘rearmado’ del sujeto

En los relatos de los pacientes, se hace muy claro que la descripción que hacen de su relación consigo mismo y con el mundo mientras están en el proceso activo de adicción es marcadamente distinta de la que tienen después de un período de abstinencia y de

haber tomado una posición con respecto a su consumo. Si hubieran sido sometidos a una evaluación de su funcionamiento psíquico durante el período de consumo muy probablemente, en base a su propio relato de su estado mental en esa etapa, se habrían encontrado deficiencias graves en la estructura yoica. En la dirección de este razonamiento apunta la descripción que realizan los pacientes de un proceso de verdadero ‘rearmado’ yoico producido con la detención del consumo y la toma de posición frente a la adicción. Este rearmado incluye un volver a reconocerse a nivel de la imagen, volver a encontrar una unidad que lo representa en la imagen que le refleja el espejo que desde la noción de ‘estadio del espejo’ permite entender una primera forma de organización en contraposición a la sensación de fragmentación original

- a ver, ¿estamos hablando de las primeras seis a ocho semanas?... un poquito, un poquito inmanejable, un poquito extraño, yo tengo muy buenos recuerdos y muy raros recuerdos... eh... tengo excelentes recuerdos de despertar y... ¡despertar!... incorporarte, pararte, llegar al baño, mirarte al espejo y... ¡estar ahí!... antes, cuando llegabai al baño como podíai... no estabai en el espejo, después del café veníai como a... muy agradable, llegar a la pega al ciento diez por ciento (CG)
- ese efecto me daba la sensación que iba teniendo más poder, más armas, me estaba armando (CG)

El resurgimiento de las capacidades cognitivas, perceptivas y del deseo marcan una diferencia importante con la situación anterior

- a medida que avanzan los días, o semanas, te duele menos la espalda, te sientes mejor, la mente trabaja mejor, es más aguda, el oído oye más (CG)
- a ver, en mi caso sí, en mi caso sí, porque ví resultados laborales, ví resultados familiares, personales, matrimoniales más que familiares (CG)
- Y así como tu pasai muchos episodios orgánicos muy desagradables, viene la parte... la otra parte poh, las ganas de borrar de un plumazo todo lo que hiciste para atrás, y empiezan a aparecer las ganas de... empieza a aparecer el sol de nuevo en tu vida, y empiezan a surgir una y miles de ideas, a lo mejor no muy

ordenadas, no muy claras, pero sí hay muchas ganas de hacer cosas, de revertir situaciones, de recuperar tiempos perdidos, de recuperar personas, recuperar el respeto de las personas, la credibilidad de las personas, el encierro te provoca eso, esas ganas de salir, de decir, puta huevón quiero trabajar, quiero... quiero, quiero, quiero, hacer otras cosas, pero eso te provoca el encierro (EP)

Esto tiene un efecto en el sentimiento de sí mismo del paciente y en el lugar en que se ubica como sujeto

- si no soy capaz de hacer esto... que no tenís que estudiar, no tenís que concentrarte realmente, si no que tenís que estar atento, no voy a ser capaz de hacer nada más, de hecho hasta aquí llegué (CG)
- no sé cómo será en los otros casos, pero recién ahora último como que he empezado a estar más tranquilo, a no hacer tanto el día como si estuviera hojeando un libro con los días... como que me he parado más y me he puesto más firme, como que ya estoy adquiriendo una postura, una nueva postura frente a todo, frente a todos los asuntos, es como replantearme, es como reinventarse, reposicionarse... o volver a estar en la tierra, cachai, he estado, he estado... re bien con eso, han surgido muchas, muchas posibilidades de cómo ser para adelante, de cómo hacerlo, de cómo volver a plantearme, de cómo volver a inventarme y que esa invención sea algo entretenido (SG)

Hay un efecto sobre la forma de mirar el futuro, un recobrar la esperanza

- yo creo que a mí... muy poco, de a poco, como gotario, he adquirido más confianza y... como que tengo más fe, cachai, tengo como más esperanza... como que me creo más, yo creo que he adquirido más confianza, o sea antes no tenía nada... sé que ahora existo, que yo puedo tener planes... y cumplirlos, cachai, puedo fijarme metas, que han sido metitas, cachai, o sea al fijarme algo y cumplirlo como que 'ah sí, ah, bien', una tras de otra, y otra, y otra, y otra, ir haciéndolo de esa manera, o ir cumpliendo esas cosas... como que mi fuerza está

- aumentando, cachai, me siento como más capaz, más fuerte, más entero, como más... con más capacidad yo diría, más poderoso un poco, no tan débil (SG)
- Y ahora el no pasarme a llevar [consumir drogas], además de no estar loco todo el día... mi impresión es que el no pasarme a llevar, el no contradecirme, no hacerme daño, me... me da mucha confianza (SG)

b) El sujeto se resitúa en su historia

La detención del consumo y la realización de entrevistas terapéuticas con el paciente permiten que el sujeto comience a replantearse su situación vital actual, en la cual su relación con las sustancias es sólo un elemento más. Este replanteamiento también puede involucrar la dinámica de relaciones familiares

- acá yo encuentro que se puso a prueba todo, se puso a prueba como la hermandad, de padre a hijo, de madre a hijo y... y yo sentía como un sentimiento genuino de decir eh... ‘Héctor se tiene que levantar de acá’, porque podrían haber dicho ‘sabís que más , que se vaya a la mierda’, o sea nos ha dado suficientes dolores de cabeza, y... yo no lo sentí así poh, sentía como sin hacerme sentir una sub-persona, porque nunca me lo hicieron sentir, como el pobrecito, el pobre huevón, sin hacerme sentir eso sino que en el fondo creemos que él tiene las suficientes capacidades para poder levantarse y salir de de esto, pero ahora necesitamos concentrarnos 100% en él y apoyarlo como nos pidan que lo apoyemos cachai, también ellos se entregaron a decir ‘bueno, díganos qué es lo que tenemos que hacer y nosotros lo hacemos’, entonces si es que hay que hacer reuniones de familia y hablar de los temas que no tengan que ver sólo con esto, bien; si necesitamos apoyar las cosas prácticas, bien; eh... como que yo vi que se alinearon sobre todo al principio, dejando de lado cualquier diferencia que pudo haber habido anteriormente, de una manera super clara y... eso yo lo sentía... eh... y lo valoro, lo valoraba, como que creo yo que tiene que ver con más que ayudemos a Héctor a salir de la droga, yo creo que tiene que ver más con... somos una familia en la cual uno de nosotros está con problemas ahora y tenemos que

- ver cómo lo ayudamos, en esa ayuda cada uno cobra un rol y eso yo lo sentía y a mi me servía también poh (HG)
- porque yo desde que soy... yo, el primer vaso de vino en la mesa con mis papás me lo debo haber tomado... a los diez años, ¿te fijai?, entonces, yo nací en ese camino... yo no conocí otro camino, nadie me enseñó otra forma... yo iba al campo y los viejos tomaban, llegaba... tomaban, después a los quince ya da lo mismo, te tomabai un par de piscolas y quedabai bien guasqueado en una fiesta, total llegabai a la casa con la boca cerrada no más [...] esta cosa se aprende, entoces... lo que pasa es que uno no sabe, como yo nací tomando, en un entorno donde se tomaba, no sabís que no se toma poh, los que no toman son bichos raros... es el huevón que maneja, este huevón no toma este huevón nos lleva... la raja, te van a buscar y a dejar a la casa... y resulta que no (CG)
 - mejor junto plata y pongo una botillería, me sale más barato y... que el resto se muera, y me separo, y vivo con mis viejos, que también toman [...] y que era una alternativa válida, no te olvides que si das vuelta dos páginas para atrás en mi vida, en mi familia todos toman mucho, la mayoría son adictos claramente al alcohol [...] entonces... yo tenía todas las facilidades para volver... sin embargo... teniendo la alternativa no lo hice, preferí tomar el desafío (CG)
 - Por primera vez encontraba que estaba haciendo alguna huevada buena en mi vida. Y por primera vez tenía que terminar algo que había empezado, cuando en mi vida empecé miles de cosas y nunca las terminé. O siempre huevón yo era como el crédito del equipo, como Salas cuando llegó a la U, chucha con más pergaminos que la chucha, pero puras lesiones, puros pergaminos no más, pero en la cancha no pasa nada. Y ese fue como mi karma durante toda mi vida, que todo el mundo dijera ‘puta que eres inteligente, puta que eres aquí, puta que eres acá, puta si tú quisieras’, el si tú quisieras me dejó chato, durante toda mi vida, en el colegio, desde jardín yo creo, es cosa de buscar mis informes de nota y siempre el comentario del profesor... ‘si él quisiera sería el primero del curso’, no sé cuántas veces en mi vida lo pusieron, ‘si él se esforzara un poquito más, si él usara toda su inteligencia, sería el mejor’... y ese ha sido mi karma, poh, y yo soy un huevón

inteligente, entonces, esto es lo mejor que tengo que hacer, no tengo nada mejor (EP)

- me sentía como muy culpable, muy mala persona, mal padre... o sea nunca hice nada tan grave, pero igual me acuerdo un par de veces de cosas que fueron feas, como haber prometido cosas, como que íbamos a viajar, y después por haber salido a carretear yo no... no me levantaba cachai... eh... Pablo era más chico, entonces era como más inocente... esas cosas cachai que... esas cosas por ejemplo te... claro, a los veinte años no teníai hijos, entonces uno es mucho más light... después, claro, esas cosas a mí me pesaban más... y te le echan en cara también , o sea tu mujer te le echa en cara... pero sobre todo no darle tiempo, como que tenís más tiempo para salir con los amigos... o sea de repente después de trabajar toda la semana era más importante juntarte con los amigos a tomar en un bar que ir a ver a tu hijo, sobre todo sabiendo que no vivía con ellos, entonces, ahí están trastocadas las prioridades (JS)
- Y el desmenuzar a tiempo completo mi historia, yo creo que es un privilegio, yo me siento un privilegiado, a ese nivel ha llegado mi convicción respecto al tema de la adicción, yo hoy día me siento un privilegiado. De haber tenido la capacidad para, a los 35 o 36 que tenía, o 34 por ahí, de pegarte una revisada pa' atrás, de que podai hacer un papelógrafo y contar la historia de tu vida, de tu familia, de poder hablar y hacer la historia de cada uno de los miembros de tu familia, no sólo de tu familia nuclear, sino de tu familia en general, de ir entendiendo el por qué de las cosas, eso es sólido es importante (EP)

Capítulo 6: Discusión y conclusiones

6.1 El fenómeno de la adicción y su entendimiento

6.1.1 La adicción como una nueva forma de organización

En el relato de los sujetos se puede distinguir una situación mental previa a la consulta marcada por lo que se podría llamar una ‘desorganización subjetiva’ (5.2.1.1). Esta desorganización subjetiva es descrita por los pacientes como involucrando una pérdida de sí mismo y una dificultad importante en la forma de relacionarse con la realidad (5.2.1.1a). La pérdida de sí mismo es profunda, ilustrándola los pacientes entrevistados con frases como “si uno no es sujeto” o “me estaba transformando en un monstruo”. Se produce una desorganización completa que puede llevar a vivencias desesperantes que hacen que las ideas de muerte y, en particular de suicidio, sean frecuentes y muchas veces muy intensas (5.2.1.1b). Los sentimientos de culpa se exageran, ya que por momentos se logra tener una visión clara de lo que está sucediendo. Éstos se hacen especialmente difíciles de sobrellevar cuando el sujeto ha tenido conductas antisociales asociadas a la búsqueda de la droga (5.2.1.1c). Es decir, el relato de los pacientes hace hincapié en una situación en que prima una fuerte desorganización de sí mismo, que no ha sido propia del sujeto en las etapas de su historia de vida en que no había consumo de sustancias. En esta desorganización, el elemento que se coloca en el centro, que funciona como eje, es el interés por el consumo de las sustancias y todos los elementos asociados a este (5.2.1.2b).

Todo el resto de los intereses, motivaciones y satisfacciones de la vida pasan a un segundo plano. Es lo que los pacientes relatan como “uno está cien por ciento centrado, uno está absolutamente [...] teñido por el alcohol, uno está pintado de copete”; o “yo estaba cien por ciento viviendo con cocaína”. A través del desarrollo de la adicción se ha ido llegando a un estado que subvierte la organización de las motivaciones y el funcionamiento del yo. En este estado la compulsión por consumir, el “deseo morboso” por la sustancia, se transforma en un factor desequilibrante de la posición del sujeto: “para mí es evidente que los jales y el jalar trae inmediatamente como una transformación

animal”; “porque yo conozco la cosa como es [...] es muy fácil perder el control”; “imagínate pasar horas pensando, después de haberme drogado todo el día eh... yo ya no quiero seguir así, pero teniendo conciencia de que a la mañana siguiente iba a estar de nuevo en la misma, porque no tenía nada, ni la voluntad, nada”. Con el consumo activo de sustancias en un contexto de adicción, toda la estructura del sujeto y su relación con el objeto parecen trastocarse, al punto que el sujeto siente que pierde su sensación de sí mismo y sus interés natural por los objetos del mundo. Aparece una nueva forma de organización psíquica y libidinal. En la situación se ha llegado más allá de la instauración de determinados mecanismo psíquicos y más allá del ‘sentido’.

Esta forma de entender el fenómeno se ve confirmada por el efecto que tiene sobre el sujeto la detención del consumo de sustancias. En un período de unos días a semanas, el relato de los pacientes (5.2.4.2a) habla de que se produce un verdadero comienzo de ‘rearmado’ de la organización subjetiva, que queda ilustrada con frases como esta: “tengo excelentes recuerdos de despertar y... ¡despertar!... incorporarte, pararte, llegar al baño, mirarte al espejo y... ¡estar ahí!... antes, cuando llegabai al baño como podíai... no estabai en el espejo”. Con la detención del consumo, esta nueva forma de organización parece comenzar a desdibujarse. Es decir, la detención de la entrada de las sustancias artificiales tiene rápidos efectos sobre la organización del sujeto y su relación con los objetos, lo que muestra la importancia ‘material’ del consumo de sustancias, más allá de las fantasías asociadas a su ingesta.

Es interesante que la idea de la aparición de una nueva forma de organización está mucho más presente en los desarrollos teóricos hasta la década del 40’ que en las elaboraciones psicoanalíticas posteriores. Sachs es el pionero en este sentido, al intentar ubicar el fenómeno clínico de la adicción en un nuevo lugar, entre los polos de la satisfacción perversa y el síntoma neurótico. La adicción tendría características de ambos polos, lo que impediría situarla en uno u otro. Es decir, en la adicción, con la fijeza en el vínculo con el objeto que implica y el goce consciente que lo acompaña, hay algo ‘distinto’ que obliga a generar un nuevo espacio para poder ubicarla teóricamente. Sin embargo, el

mismo Sachs reconoce no haber podido aclarar el “motivo” del fenómeno, sino sólo su “mecanismo”.

Luego, Rado dará un paso más en la línea de poder definir la aparición de una nueva organización en la dinámica de la adicción. Para esto formula las nociones de “metaerotismo” y “régimen farmacotímico del yo”. Se produciría un “cortocircuito” en el flujo libidinal, que deja de lado al aparato sexual periférico y permite que los estímulos excitantes operen directamente sobre el ‘órgano central’. Esto lleva a una condición de devastación del yo, el cual queda subyugado a la libido. Además se establecería un círculo vicioso entre ambos efectos, ya que la devastación del yo llevaría a buscar cada vez con más fuerza el orgasmo farmacogénico y éste devastaría cada vez más al yo. Rado, inicialmente, incluso llega a plantear una fijación en lo que sería un “orgasmo alimentario”, que se daría en un plan más básico que el sexual. En la adicción se abriría, a partir de este momento original del orgasmo alimentario, una segunda alternativa de gratificación, distinta de la sexual, con lo que se le jugaría una “mala pasada” a la biología. Este sería un intento de crear un modo independiente de gratificación, una alternativa a la gratificación sexual, que no necesite depender de los molestos requisitos de la sexualidad. Esta “mala jugada” a la biología tendría relación con la capacidad de producir determinados efectos de las sustancias adictivas. Para Rado, la búsqueda del orgasmo farmacogénico se va instalando a través de un proceso que va conformando como eje el “deseo morboso” por la(s) sustancia(s). Se pasa de un primer momento en que el consumo de la sustancia no produciría grandes efectos, a un segundo momento marcado por un trastocarse los equilibrios normales en forma estable.

Se tiene, entonces, desde la elaboración de Rado, a un fenómeno que involucra i) la aparición de una nueva forma de organización, que incluye una forma de gratificación que se opone a la sexual, y una nueva manera de funcionamiento del yo. Ambos elementos están unidos por un efecto cíclico ii) la importancia de las características químicas de determinadas sustancias para producir esa gratificación iii) la distinción de dos momentos en el consumo de la sustancias: el primero, en que el consumo no

produciría grandes problemas; el segundo, en el cual se han trastocado los equilibrios normales en forma estable.

Inicialmente, Glover, el otro autor de gran importancia en el asentamiento de las bases conceptuales de la adicción desde una perspectiva psiconalítica, coincide en gran medida con esta visión general de la adicción, en el sentido de distinguir dos momentos en el vínculo con las sustancias; de reconocer la existencia de un proceso que lleva de un momento al otro; de enfatizar una situación final en que se produce una destrucción del equilibrio libidinal (“sustitución de la sexualidad”, “cortocircuito sexual”, “seudoperversión”). Agrega, solamente, un intento de explicación para el recurrir a las sustancias al comienzo de su consumo, cuando aún no se desarrolla una adicción. Explica el recurrir, en el primer momento, al alcohol como una búsqueda de alivio a la angustia y a una baja tolerancia a la frustración y la desilusión. Éstas serían dificultades en el desarrollo de la libido y de la estructura del yo, que propiciarían el desarrollo de una adicción, y el alivio se produciría gracias a los efectos químicos del alcohol.

En una segunda teorización, en 1932, Glover introduce cambios conceptuales que serán centrales en los desarrollos posteriores. Por una parte, centra su razonamiento en la fijación a organizaciones tempranas del yo que llama “estados transicionales”, en lugar de aludir a fijaciones libidinales. Por otra parte, le otorga a la droga el status de un objeto parcial, objeto que sería utilizado, al igual que el objeto fetiche, como respuesta a la puesta en marcha de una angustia precoz. Al quedar formando parte de los objetos parciales, se hace posible asociar, a las distintas drogas, fantasías específicas asociadas a su consumo. Con esto, se aleja de la idea de una nueva forma de organización propia de la situación de adicción, y también lo hace de la explicación vía el efecto químico de las sustancias relativizando la importancia del factor tóxico. Ahora, la dependencia puede desplazarse hacia “sustitutos” que no necesariamente son sustancias externas. La dependencia a las drogas sería principalmente ‘psíquica’, ya que se asociaría a una forma de estructuración del yo previa, que explicaría el recurrir a las sustancias químicas. El consumo de éstas, a su vez, pasa a tener un significado inconsciente relacionado con los efectos de esta estructuración particular. Desde estos planteamientos, además, parece

desdibujarse la distinción entre dos momentos diferentes en el vínculo con la sustancia realizada anteriormente. Esta “psicologización” del fenómeno de la adicción no será aceptada por Rado, el cual pone un gran énfasis en la importancia de poder distinguir el factor psíquico del físico, necesitando de ambos para dar cuenta del fenómeno. Al respecto concluye que “debe admitirse que después de haber entrado las drogas hay, incuestionablemente, cierta semejanza con las infecciones”, y define las adicciones como “enfermedades psíquicamente determinadas, artificialmente inducidas; pueden existir porque las drogas existen; y deben su existencia a motivos psíquicos” (Rado, 1933). Rado sí incorpora la noción de “depresión tensa” como una condición de la búsqueda de alivio a través del consumo de sustancias. Con esto hace un cambio en su conceptualización, al enfatizar el efecto sobre el narcisismo en lugar de la satisfacción erótica básica (la “elation” v/s el “orgasmo farmacogénico”). Sin embargo, mantiene el efecto químico de la sustancia como la vía por la cual esta actúa, en lugar del significado de las fantasías inconscientes asociadas a la pulsión sexual. El uso de las drogas permitiría, a través de la elation provocada por sus características químicas, una gratificación narcisista. Rado también sigue manteniendo la idea de que finalmente se llega a la instauración de un nuevo “régimen” que trastorna la organización del yo y, en este sentido, la diferenciación entre dos momentos sigue siendo crucial.

Esta discusión entre Rado y Glover sitúa los elementos centrales de una discusión que marcará un punto de inflexión en el entendimiento de las adicciones desde un punto de vista psicoanalítico. Las elaboraciones posteriores seguirán básicamente los lineamientos trazados por Glover, buscándose encontrar el ‘sentido’, la ‘significación’ inconsciente de la conducta adictiva, y su inserción en determinadas estructuras psíquicas. Es así como H. Rosenfeld, en 1960, comparará la adicción con la “enfermedad maníaco-depresiva”, en el sentido que el sujeto utiliza mecanismos maníaco-depresivos, los que se ven reforzados por la droga y alterados por ella. La utilización de estos mecanismos la concibe enmarcada en la existencia de un yo débil que no posee la fortaleza para tolerar el dolor de la depresión. El adicto estaría “fijado” a la posición esquizo-paranoide, a pesar de haber accedido parcialmente a la posición depresiva, lo que haría que el yo y los mecanismos de defensa regresaran a esa posición. Esto hace que sea especialmente

importante la “escisión del yo” en el adicto. Sin embargo, para la producción de la manía se requiere cierta fortaleza yoica que al no estar presente hace recurrir al apoyo de las drogas. Es decir, H.Rosenfeld retoma la idea, introducida por Glover, de la adicción como basada en un problema estructural a nivel de la organización del yo, producto de la fijación a una posición particular del desarrollo. También continúa la noción de Glover de significados asociados a la utilización de la sustancia, lo que llama el “valor simbólico” de la droga, que considera relacionado con fantasías inconscientes asociadas a ella. Enfatiza, a diferencia de Glover y siguiendo la propuesta por Rado, el efecto farmacotóxico de la ingesta de la sustancia, efecto que incrementaría la omnipotencia de los impulsos como de los mecanismos de negación y disociación y, a su vez, sería utilizado para reforzar la realidad tanto de la introyección del objeto muerto o enfermo como la de su identificación con él. La droga sería utilizada como un “estimulante físico artificial” para la producción de las alucinaciones que permiten aniquilar todo objeto o situación frustrante o persecutoria. A pesar de esta incorporación de los efectos farmacotóxicos por parte de H.Rosenfeld, la causa principal recae sobre esta deficiencia a nivel de la organización del yo, que secundariamente lo hace recurrir a las drogas las que, dado su capacidad farmacotóxica, se prestan para ayudar, a través de la significación asociada a su consumo y sus efectos químicos, al funcionamiento de los mecanismos maniaco-depresivos. Esta “ayuda” a un mecanismo esencialmente psíquico, desde las características farmacotóxicas de las sustancias, ya había sido planteada por Glover. Sin embargo, no se aclara la forma de actuación de los efectos químicos sobre los mecanismos de defensa. Desde el punto de estos efectos químicos, la vinculación con la conducta parece suponerse, nuevamente, vía un ‘reforzamiento’ de la conducta. El acento de la explicación recae fuertemente sobre lo psíquico y la concomitante estructura deficiente debido a una dificultad en el desarrollo. El sustrato de la adicción sería una condición psíquica pre-mórbida y la ingesta de la droga tendría un significado inconsciente asociado. En esta concepción también parece desdibujarse la diferencia entre el consumo de sustancias y la adicción a ellas y, por lo tanto, la evolución que lleva a pasar de un momento al otro. La diferencia parece quedar circunscrita a la fuerza con que lo psíquico hace el llamado al uso de drogas para paliar un mal funcionamiento, lo

que no permitiría demarcar una diferencia cualitativa entre el consumo de sustancias y la adicción a ellas.

Luego, este énfasis sobre una deficiencia en un punto del desarrollo relacionado con la estructuración yoica y las relaciones de objeto, será retomado por muchos otros autores, hasta el día de hoy. Winnicott (1967) relacionará la constitución psicopatológica de la adicción a una regresión a una etapa en que los fenómenos transicionales son irreversibles, perjudicando un normal desarrollo en la transición a relaciones de objeto maduras. Meltzer (1974) situará a la adicción en un lugar similar a la perversión y dependiendo de una estructuración narcisista específica en su base. Reconoce que existe una evolución en la situación que eventualmente podría terminar en un “desastre mental” como la psicosis. Zinberg (1975) coincidirá con la existencia de una falla en el desarrollo. Kernberg (1975) entenderá el consumo adictivo de drogas como cumpliendo una función, ya sea de reemplazo de una imago parental en la depresión o de una madre toda bondad en una personalidad borderline, o de alimento de un sentimiento grandioso del self en el narcisismo. En 1976 D.Rosenfeld también explicará el fenómeno de la adicción desde la existencia de estructuras narcisistas subyacentes asociadas a modos y mecanismos particulares de relacionarse con los objetos. Balint (1979), planteará que en el alcoholismo en el sujeto se darían relaciones objetales intensas, fluctuantes e inestables, buscando en el consumo de alcohol el retirar la libido objetal para refugiarse en un estado narcisista “armónico”. Mc Dougall (1982, 1994) afirmará que en los sujetos que han desarrollado una adicción el objeto fantasmático faltaría o estaría dañado en el mundo interno, lo que lleva a que la “sustancia maternizante-tranquilizadora” deba buscarse constantemente en el mundo de fuera. Reconoce, además, una evolución en el proceso ya que esta búsqueda se haría en “cantidad creciente”. La droga desempeña el papel de las actividades o de los objetos transicionales de la primera infancia. En 1998, la autora enfatiza la “solución somática” en lugar de la psicológica en el caso de las adicciones, para enfrentar las ansiedad neuróticas, los estados agudos de angustia y las angustias psicóticas. Khantzian (1985), señalará una incapacidad de tolerancia a los afectos como subyacente a la adicción y luego una dificultad en la autorregulación (2005). Dodes (1990,1996) hará referencia a una vulnerabilidad narcisística que lleva a sentirse

abrumado por experiencias de impotencia/indefensión, asociadas a una dificultad en la reafirmación del self relacionada con fallas tempranas en el desarrollo. Cristal (1988,1995) considerará la existencia de una prohibición del autocuidado originada por una figura parental excesivamente controladora. Johnson (1993) hablará de una no internalización de la permanencia de objeto durante el período preedípico, estableciéndose así un temor específico a que sus impulsos agresivos se vuelvan aterradoros, relacionando de esta manera la adicción con los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas. Wurmser (1995) pondrá el acento en el terror a la separación y considerará la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva, al menos en parte, como un intento de mantener la conexión con los objetos. Garzoli (1996), Dupetit (1996), Ríos & Ríos (1996) también relacionarán adicción y perversión siguiendo planteamientos de Meltzer.

El entendimiento psicoanalítico de las adicciones en esta línea trazada por Glover, sin embargo, choca con una realidad empírica que impide considerar exitosa la teorización y técnicas asociadas a ella, ya que los estudios que analizan la eficacia terapéutica del abordaje psicoanalítico en el tratamiento de las adicciones (Simmel, 1929; Fenichel, 1945; Wurmser, 1987a y 1987b, Woody et al., 1986; Brickmann, 1988; Dodes, 1988; Guimón, 1989; Frances y Miller, 1991; Frances et al., 1997, citados en Ingelmo et al., 2000) muestran que el tratamiento analítico tendría que realizarse después de haberse alcanzado la detención del consumo de sustancias o combinado con tratamientos que busquen la detención de este consumo. Es decir, el tratamiento psicoanalítico necesita de otras intervenciones que se hagan cargo del problema de la conducta adictiva, ya que el método en sí mismo no logra ser efectivo para producir modificaciones en ese plano. El psicoanálisis funcionaría en el cambio de las estructuras ‘a la base’, pero no en la modificación de la manifestación adictiva propiamente tal. El persistir en el intento de explicar la adicción como una consecuencia de estructuras o funcionamientos psíquicos particulares se habría transformado en una dificultad en la comprensión del fenómeno de la adicción, que ha sido interpretada como un no haber podido desprenderse de uno de los “mitos mayores del psicoanálisis de las drogodependencias (Ingelmo et al, 2000), cual sería el considerar el consumo adictivo de drogas como un síntoma y no como un

“problema primario”. Es decir, el considerar la conducta adictiva como cargada de un ‘sentido’, como transportando un mensaje a ser descifrado, idea originalmente propuesta por Glover y que logró hegemonizar en la discusión con Rado.

La idea de un “problema primario”, que claramente se acerca mucho más al planteamiento original de Rado, se ha fortalecido desde la investigación de las bases biológicas de la adicción. Desde un punto de vista del funcionamiento biológico se postula que en la adicción a sustancias químicas se producen cambios persistentes en los circuitos neuronales producidos por la remodelación y reestructuración de las neuronas. Lo relevante es que estos cambios son consecuencia de los cambios moleculares inducidos por el mismo consumo. Algunos de los cambios implicarían modificaciones estructurales en varias regiones del cerebro como consecuencia del uso de sustancias. Como un producto de la entrada repetida de sustancias psicoactivas se intensificarían los sistemas biológicos relacionados con el guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos cruciales para la supervivencia. La noción de “sensibilización al incentivo” intenta explicar los cambios conductuales propios de la adicción como efecto de una activación del sistema mesolímbico dopaminérgico que guía la conducta motivada. La dopamina afectaría la motivación para responder a la recompensa y no la recompensa misma. Es decir, a nivel biológico se distinguen cambios en el funcionamiento y estructura del sistema nervioso central, que dan cuenta de la instalación de un nuevo tipo de dinámica y organización en los sistemas involucrados en el ámbito motivacional. Estos cambios son un efecto del consumo masivo de sustancias, son secundarios a éste y, a su vez, llevan a que se mantenga el deseo compulsivo por consumir las sustancias, generándose una situación de auto perpetuación del consumo, homologable a la instauración de un “régimen farmacogénico”. El consumo masivo, entonces, hace que se originen las condiciones que mantienen su intensidad.

De esta forma, la idea de la instalación de un nuevo tipo de organización a nivel de las gratificaciones y del yo, producto del efecto del propio consumo de sustancias y sin un ‘sentido’ que la explique, parece congruente con el análisis del contenido del relato de los pacientes en lo referente a la producción de una ‘desorganización subjetiva’ básica, y se

condice con la explicación a nivel biológico. También es consistente con los datos empíricos mencionados relativos a la efectividad del tratamiento analítico sólo cuando va acompañado de una detención del consumo de sustancias. La detención material de la entrada de las sustancias se hace necesaria para dar inicio a una modificación en el plano de lo psíquico. Por otra parte, aunque en la misma línea, en los últimos años se ha demostrado a través de la investigación empírica que pacientes que han sido evaluados recién entrando a un proceso de tratamiento han sido comparados con su propia evaluación después de algunos meses de abstinencia, observándose cambios significativos en sus rasgos de personalidad, lo que, dada la definición del concepto de personalidad, no debiera ocurrir (Herrero, 2004). Los estudios que intentan asociar ‘trastornos de personalidad’ al diagnóstico de adicción, con mediciones realizadas después de un tiempo de abstinencia son de resultados muy heterogéneos, por lo que no se pueden sacar apreciaciones concluyentes desde lo empírico en este sentido.

Por otra parte, también se puede plantear que existe un problema de método al momento de explorar la clínica de la adicción. El plantear la adicción como teniendo su causa en fallas asociadas a la organización del yo subyacente, se puede entender como una confusión entre las causas y las consecuencias del fenómeno. Como se veía, tanto Rado, como Glover y H.Rosenfeld enfatizan que en la situación final de la adicción el yo se encuentra muy afectado en relación a lo que era su configuración inicial. Si se realiza un abordaje psicoanalítico, ya sea a nivel de evaluación o de tratamiento, lo que aparecerá serán estas características de un yo dañado y eventualmente devastado por la propia dinámica del consumo, por la subversión producida en el nivel de la organización de la satisfacción. Por lo tanto, los elementos encontrados en este contexto no debieran ser atribuidos a una estructura del yo previa al desarrollo de la adicción. Sin embargo, muchos de los autores parecen comenzar procesos de evaluación o tratamiento con un sujeto aún muy teñido por la dinámica de la adicción, ya sea que se mantenga o no consumiendo las sustancias. Esta es una confusión en la que el mismo Freud parece haber caído al referirse a un paciente que ha desarrollado una adicción como imposibilitado para un trabajo analítico debido a que carecería de un “carácter medianamente normal” del yo que pudiese colaborar con el analista. En la medida que se realiza una evaluación

del funcionamiento psíquico o de las características de personalidad en estas condiciones, es muy probable que aparezcan modos de funcionamiento muy alterados que llevan a suponer la existencia de estructuras psíquicas, de distinta índole, a la base de ellos. Es decir, lo que se registra en el discurso del paciente, por ejemplo fantasías relacionadas con el consumo de sustancias, se interpreta siguiendo el supuesto de que el consumo adictivo está determinado psíquicamente. Así, los elementos que aparecen en la asociación libre funcionan, para efectos de la interpretación que se hace de la situación, como los elementos que dan cuenta de lo inconsciente, o de las estructuras psíquicas, que subyacen al consumo explicándolo. En cambio, en la medida que se entiende la situación subjetiva como determinada por una desorganización del sistema psíquico, no se le adjudicará a los elementos que aparezcan en la libre asociación del paciente el status de retoños que nos llevan hacia el sentido oculto, sino que se los considerará como productos de esta misma desorganización subjetiva. La disyuntiva está en si se valida o no las ‘condiciones de observación’ en el caso de un paciente que ha desarrollado una adicción y está en un consumo activo. Si se validan, y dado que se trabaja con el supuesto de una estructura deficiente funcionando como causa de la adicción, parece claro que el tratamiento debe orientarse hacia la mejoría de esa estructura, lo que tautológicamente lleva a encontrarse justamente con esas estructuras deficientes, atribuyendo algo que es temporal y producto del consumo a una condición pre-mórbida. Si no se validan esta ‘condiciones de observación’ para llevar a cabo el método psicoanalítico, se tendrá que trabajar terapéuticamente con la orientación de generar las condiciones necesarias para la aplicación del método. Desde un punto de vista de la investigación empírica parece darse la razón a la ausencia de condiciones para la aplicación del método, ya que de otro modo el psicoanálisis no debiera tener dificultades especiales, en relación a otro tipo de sintomatología, al momento de producir cambios terapéuticos en el caso de las adicciones. No debiera ser necesario recurrir a tratamientos previos o paralelos específicos para el alivio del síntoma. La búsqueda de un mensaje cifrado en el consumo adictivo de las drogas, o el intento de modificación de las estructuras subyacentes no se transforman en un camino con un claro efecto de cambio.

El problema relacionado con la relación entre la conducta adictiva y el plano de la significación o el sentido, cobra una nueva perspectiva a partir de la década de los 80', y el desarrollo de autores que siguen los planteamientos de Lacan con el fin de conceptualizar lo que sucede en el fenómeno de la adicción. Estos autores suelen partir de la definición de droga que hace Lacan en 1975 como "aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el pequeño-pipí, el matrimonio del sujeto con el falo". Al plantearlo de este modo, Lacan deja de situar el uso de la droga en el plano de un intento de 'remediar' una falla en el desarrollo, situándolo más bien como la búsqueda de una salida alternativa a una situación estructural con la que se enfrenta el sujeto. Le Poulichet, por ejemplo, criticará el intento posfreudiano de asociar "estructuras" particulares a la adicción, y la idea de la asimilación de la droga al objeto parcial. Plantea la toxicomanía en el plano del "acto" y propone llamar "operación farmakon" al "acto" que crea una toxicomanía. Homologa esta operación a la "cancelación tóxica" del dolor en Freud. Esta sería una operación que neutraliza todo reto de castración y que se consuma al margen de la dimensión del lenguaje, presentándose en una dimensión esencialmente 'económica'. Estos planteamientos de Le Poulichet intentan salirse de la 'psicologización' de la explicación del fenómeno de la adicción presente desde las formulaciones de Glover. Sin embargo, a pesar de ir en contra de la determinación de una "estructura" psíquica particular en la adicción, que sería su causa, Le Poulichet continúa con el intento de explicar la adicción desde lo psíquico: la puesta en marcha de la operación farmakon cumpliría las funciones de suplir un desfallecimiento "del Padre", asociado a un fantasma que parece fracasar parcialmente en organizar la realidad, creándose un nuevo borde a través del cual sujeto procura limitar al Otro; o cumpliría la función de sostener la imagen narcisista, acercando la discordancia entre una imagen real y una imagen ideal, aportando un suplemento fálico imaginario. Es interesante que, en estos planteamientos, el uso de la droga cumpliría estas funciones, no a través de las significaciones asociadas a ella, sino que vía el efecto económico. Esto marca una diferencia con el énfasis de Glover y las corrientes posteriores. Sin embargo, Le Poulichet, mantendría la 'causa' del recurrir la droga en el nivel de una insuficiencia de lo psíquico, sólo que no basado en una estructura. Por otra parte, dejaría de lado la idea de la droga como objeto parcial que actúa vía significaciones sobre el sujeto. Es decir, habría una 'despsicologización' en la

vía de producir el efecto de la droga, pero no así a nivel de las causas, donde sólo se produciría una flexibilización de las explicaciones anteriores.

En paralelo, otros autores lacanianos desarrollan, a partir de la noción de “ruptura con el goce fálico” de Lacan, nuevas concepciones sobre la dinámica de la adicción. Laurent (1988) y J.A. Miller (1988) reafirman lo planteado por Le Poulichet en el sentido de que al uso de la droga no sería posible asociarle una significación, quedando de esta forma la adicción fuera del plano del síntoma ya que éste involucra la dimensión de un “mensaje cifrado”. Por otra parte, difieren con Le Poulichet, al plantear el recurrir a las drogas no como el efecto de una deficiencia particular del sujeto, sino como una estrategia del sujeto del inconsciente. El uso de drogas se consideraría una estrategia que queda en el plano de una “formación de ruptura” frente al problema de la castración. La droga permitiría una salida frente a la angustia en relación al deseo del Otro. Luego, y siguiendo básicamente los planteamientos de Laurent y J.A. Miller, otros autores hablarán de la salida de la angustia frente al deseo del Otro vía una “función toxicómana” (Sinatra, 1992); el escoger por un “yo no pienso” de parte del sujeto (Calais, 1995); la operación toxicómana como un “rechazo mortal al inconsciente” y como una solución que elige el sujeto frente al problema de la falta estructural de goce y la falta de ser del sujeto (Tarrab, 2000). Es decir, con los desarrollos de estos autores lacanianos se avanza más aún en la línea de dejar de lado la ‘psicologización’ en la explicación de la adicción. La causa de la adicción deja de estar del lado de una estructura o de una insuficiencia particular en el plano psíquico, y el uso adictivo de las sustancias químicas deja de estar asociado a una significación inconsciente, con lo cual sale definitivamente del plano del síntoma. La causa, ahora, queda del lado de una “estrategia” del sujeto, y en este sentido se podría considerar en el plano de una respuesta ética. Desde esta perspectiva, todo el acento recae sobre una “elección” del sujeto frente al problema de la castración. Es decir, ya no se hace necesaria una estructura o condición pre-mórbida para explicar la adicción, ya que basta con la condición de estar sometido a la castración simbólica. Con esto, parece retomarse lo inicialmente planteado por Rado, en 1926, donde señalaba que en la adicción había una búsqueda de una salida al plano de la sexualidad, un cortocircuito con la sexualidad al que llama “metaerotismo”. Además, Rado parece anticipar en sesenta o

setenta años la idea de la adicción como una “estrategia” o “elección” del sujeto frente a una situación estructural que debe enfrentar. De hecho, Rado habla de la “elección de una fuga al deseo morboso” y de que el hombre, al descubrir el orgasmo farmacotóxico, “le hizo una mala pasada a la biología”. Es llamativo que en los planteamientos de los autores lacanianos, no parece hacerse una distinción cualitativa entre la situación del consumo de drogas en la adicción y la situación del consumo en un contexto diferente a la adicción. Tal vez esto se relaciona con que formulación de Lacan está referida a una definición de la droga y no de la adicción.

6.1.2 Los dos tiempos en el desarrollo de la adicción

Si bien en estos planteamientos psicoanalíticos desde la perspectiva de Lacan se avanza en el sentido de reconocer un intento de salida del plano de la significación con el consumo de drogas, el que sería parte de una “estrategia” del sujeto frente al problema de la castración, siguen quedando sin explicación elementos esenciales de la adicción y que aparecen dramáticamente descritos en el relato de los pacientes como son lo compulsivo del deseo por consumir la sustancia y el intenso centramiento que ésta produce de los intereses del sujeto, al punto de poner en riesgo toda la estabilidad de éste. Lo que no queda explicado, entonces, es el que esta “estrategia” se haga ‘forzada’, que se haya pasado de una “elección” de ésta a una situación de ‘subyugación’. Esta pregunta sigue quedando sin respuesta en los diversos desarrollos psicoanalíticos, más allá de los intentos de relacionar la fijeza del vínculo con la droga con el vínculo perverso; o de la atribución no explicitada a un mecanismo de aprendizaje involucrado en la conducta de consumir sustancias que psicoanalíticamente sólo logra explicar el valor de ‘refuerzo’ que adquiere la sustancia para algunos sujetos, pero no lo que produce la fijeza y compulsividad del vínculo mismo; o del entender el recurrir a las drogas como una “estrategia” del sujeto frente al problema de la castración.

Esta falta de respuesta en relación a la naturaleza del vínculo del sujeto con las sustancias en las adicciones hace que cobre valor explicativo lo planteado desde la biología. La

entrada de determinadas sustancias químicas, llamadas “adictivas”, en forma suficientemente masiva, frecuente y sostenida en el tiempo, puede llevar a la modificación de procesos neurofisiológicos y en alguna medida de determinadas estructuras del sistema nervioso. Producto de este uso masivo de las sustancias se produciría una “sensibilización” de ciertas vías del sistema neural transformándose el deseo ordinario inicial por un “deseo compulsivo”. Es necesario resaltar que este cambio en el sistema neural responsable de crear incentivo (desear) es independiente de los cambios en el sistema neural que media los efectos subjetivos placenteros de la droga y del sistema neural involucrado en la abstinencia. Desde este punto de vista, no es necesario encontrar un ‘sentido’ psíquico al deseo compulsivo por la sustancia. El deseo compulsivo sería producto del efecto de la misma entrada al organismo de la sustancia, en la medida que esta cumple con ser suficientemente frecuente, masiva y sostenida en el tiempo. Es decir, el sentido psíquico habría que buscarlo en una etapa previa a la constitución de la adicción, en la etapa en que el sujeto decide recurrir a las sustancias en forma decidida generando las condiciones para que se pueda desarrollar una adicción. De esta forma, se hace imprescindible el distinguir dos momentos en el consumo de las sustancias para poder entender su dinámica. A modo de conclusión e integrando los planteamientos psicoanalíticos con la explicación desde la biología, podría plantearse lo siguiente en relación a la dinámica de la adicción:

- a) Habría un primer momento en el cual el sujeto pondría en marcha la “elección de una estrategia” para enfrentar el problema de la falta de goce y la falta en ser, asociados a la angustia frente al deseo del Otro, utilizando las sustancias químicas para, vía un efecto farmacotóxico, intentar una ruptura con el plano de la significación fálica. No sería necesaria una estructura específica ni una deficiencia particular para recurrir a este tipo de solución o respuesta, y el uso de las sustancias químicas no estaría principalmente centrado en las significaciones inconscientes, más allá que éstas sí pudieran estar presentes en este primero momento. Habría un intento de acceso a un goce por fuera de las particularidades del fantasma. La masividad de la puesta en marcha de esta estrategia en la actualidad habría que entenderla en el contexto de lo que serían las características

de la sociedad posmoderna. En su descripción se enfatiza, por una parte, el que la posmodernidad se enmarcaría en un movimiento de ruptura con las envolturas tradicionales de la identidad, debido a que se desdibujarían las restricciones a las costumbres, lo que lleva a la pérdida de todo sentido activo de la historia. Esto podría considerarse como un debilitamiento de la posibilidad de operar desde el Ideal del yo como significante, lo que facilitaría el movimiento que intenta romper con la significación fálica. En la medida que los significantes ofrecidos por la cultura tienen menos solidez, la estrategia de intentar borrarlos más radicalmente se ve reforzada. Esta caída de las envolturas tradicionales de la identidad puede entenderse como una pérdida en el efecto de significación, efecto propio del significante, lo cual explicaría la llamada “falta de profundidad” del sujeto y la pérdida del sentido histórico. El vínculo adictivo con las sustancias intentaría llevar este movimiento al límite. Por otra parte, en el entendimiento de la posmodernidad se enfatiza la omnipresencia del mercado como un mecanismo de regulación de los intercambios humanos. También en este sentido, en la adicción se lleva al límite el principio de buscar en el consumo de bienes la satisfacción buscada. En la adicción, a diferencia del consumo de drogas realizado bajo significaciones culturales o religiosas, lo que se pone en juego es la búsqueda de la satisfacción (o el alivio a una tensión), más allá de las significaciones involucradas. El objetivo sería el poder acceder a un goce ‘prêt-à-porter’, es decir, un goce que no está condicionado por el fantasma de cada uno fabricado en la ‘alta costura’ psíquica, sino que intenta ser parte de un mercado común donde se puede adquirir a partir de una unificación de los goces. Sin embargo, esta elección tendrá consecuencias. En este sentido, no se hace necesaria la hipótesis de un déficit estructural pre-mórbido específico para que el sujeto lleve a cabo la ‘elección’ por las sustancias químicas. Es suficiente con la condición de la castración simbólica, propia del ser humano.

- b) En un segundo momento, esta forma de relación con las sustancias llevaría a que se produjeran las modificaciones a nivel del sistema neural que, vía el efecto de “sensibilización”, transformarían el deseo normal en un deseo compulsivo

estableciendo una nueva forma de organización y dinámica en lo referente al deseo. Este cambio a nivel biológico estaría a la base de las manifestaciones clínicas de la pérdida de control sobre el consumo y el girar de los intereses compulsivamente en torno al consumo de la sustancia, que caracterizan a la adicción. Con este cambio, lo que era un intento inicial se convierte en una reorganizada situación estable, que ya no es posible definir como una elección de estrategia 'libre' por parte del sujeto. Traspasado el límite biológico, se transforma en una elección 'forzada' para el mismo sujeto que pasa a quedar atrapado en el vínculo con las sustancias. El sinsentido se ha apropiado en forma radical de las acciones del sujeto introduciéndose la sustancia tóxica como un tipo de partenaire distinto al falo. Es de importancia en este punto que al quedar el sujeto en una situación 'forzada' en relación al vínculo con la sustancia, no lo deja incapaz de ejercer su capacidad de elección, ya que este forzamiento siempre es parcial. El problema para el sujeto es que la decisión de detener el consumo de las sustancias no sólo implica un cambio en la elección de "estrategia" frente al problema de la castración, sino que también un tomar posición frente a la determinación de su conducta proveniente de la biología. Esta doble dificultad es lo que hace especialmente difícil la salida de la situación de adicción y la entrada en un proceso terapéutico.

El entender el desarrollo de la adicción involucrando estos dos tiempos es una forma de poder integrar los planos psíquicos y biológicos en la conceptualización de la adicción que, como se ha visto, han sido parte de la disputa en la explicación del fenómeno de la adicción desde un comienzo en el psicoanálisis. El que en la dinámica de la adicción estén presentes estas dos diferentes dimensiones parece ser uno de los problemas al momento de intentar teorizar el fenómeno. Esto es lo que parece querer solucionar Johnson (1999) al plantear que es necesario tener presentes tres puntos de vista distintos (la adicción como una enfermedad mediada biológicamente; la adicción como una respuesta frente a la incapacidad para tolerar los afectos; la adicción como un objeto transicional o su equivalente) para lograr un marco de referencia sólido desde el cual escuchar al sujeto. Sin embargo, al plantearlos como puntos de vista no se logra dar

cuenta del interjuego entre los distintos planos. También Ingelmo et al (2000), al hacer una revisión de las aproximaciones psicoanalíticas a la adicción, deben distinguir lo que llaman dos niveles psicopatológicos, uno descriptivo que tiene como elemento central el deseo compulsivo a consumir, y un nivel explicativo donde los elementos centrales serían los estados emocionales y angustias que determinan el consumo. La forma de conceptualizar el fenómeno de la adicción es muy relevante, ya que los abordajes terapéuticos se orientan de acuerdo a ella.

6.1.3 La oscilación de la posición subjetiva en el relato de los pacientes: el intento de desmontaje de la estructura del sujeto

Según la definición de Lacan la droga es lo que permite la ruptura con la significación fálica. ¿Cómo se manifiesta esto en el contexto de la situación subjetiva propia de la etapa adictiva? El análisis del relato que hacen los pacientes puede ayudar a entenderlo. Hay que recordar que este relato da cuenta de una experiencia ya vivida, luego de haber salido de la desorganización subjetiva, lo que sería necesario para poder dar cuenta de esta experiencia.

En el relato de los pacientes aparece una oscilación de las posiciones desde las cuales se ubican como sujeto durante el período de consumo de sustancias. Esta ‘oscilación subjetiva’ es un elemento central dentro de la desorganización anteriormente discutida, ya que marca la dinámica en la cual se encuentra el sujeto que llegará a consultar. En el relato de los pacientes aparece un saber que se ‘está mal’ y, muchas veces, este estar mal se asocia con la situación del consumo de sustancias y con la conciencia de que es necesario hacer algo para cambiar la situación en la que se está (5.2.1.3a). Este saber contrasta con la conducta del sujeto y generalmente también con lo que dice a otros significativos, a partir de lo cual sería muy difícil poder inferir que existe este saber. Sin embargo, el saber que se está mal está muy presente, aunque de forma oscilante. Los pacientes lo relatan con frases como “entonces tu decís...como que no cuaja” o “ya tenía

conciencia, una cierta conciencia, de que estaba mal, de que estaba en algo mal, que mi vida estaba totalmente mal”. Asociado al consumo de sustancias aparece como un “yo lo tenía súper claro, yo de hecho sentía que tenía un alcoholismo, así de fuerte”, “yo supe que era adicto desde muy temprano, o sea yo no era de las personas que decía que yo salía cuando quería”. La claridad de que es necesario hacer algo puede ser explícita: “me recuerdo cientos de noches en que yo decía ‘tengo que salir de esta cuestión, estoy mal’”.

Esta claridad de estar mal, de que este estar mal tiene relación con el consumo de sustancias y de que es necesario hacer algo, no lleva, sin embargo, a realizar acciones que puedan ayudar a poner fin a la situación que se está viviendo. Se produce una paralización del accionar (5.2.1.3b). Las intenciones de hacer algo parecen desaparecer, borrarse, cuando los deseos de consumo se hacen presentes. El sujeto cambia de posición en forma drástica no pudiendo sostener su deseo de cambiar lo que está viviendo, “entonces agarraba vuelo con unos compadres, nos íbamos para arriba y... métale piscolas... sabíai que no podíai, estabai conciente que no podíai... igual no más” o “ya tenía absoluta conciencia de que tenía que hacer un cambio, o sea me costaba, no podía hacerlo porque estaba metido hasta las patas” o “varias veces, por ejemplo me propuse ‘ya, este fin de semana no voy a consumir cocaína’... obviamente iba a una fiesta, me ponía a tomar y bastaba que alguien me ofreciera y hasta ahí llegaba la promesa, o sea no tenía mucha voluntad”. La oscilación a veces puede ser muy rápida (5.2.1.3c), “era tal el vicio que los pensamientos fugaces de querer emprender una acción para salir, eran milisegundos en relación a los deseos de consumo y por lo tanto rápidamente se me pasaban porque quería ir a consumir”, etc. Esta situación lleva a tener la sensación de estar viviendo en forma ‘dividida’, ‘paralela’, haciendo claro que el drástico oscilar de las posiciones subjetivas implica un esfuerzo importante al psiquismo: “Lo que pasa es que esto es como... Dr Jeckyll y Mr Hyde, es así, entonces cuando tú eres Dr Jeckyll tienes la lucidez como para darte cuenta que Mr Hyde es un enfermo, y lo más curioso es que eres la misma persona. Y eso provoca, a mí en lo personal, miedo” o “o sea durante todo el período de consumo, eh... uno es dos, verdad, y en mi caso con mayor razón porque mi consumo era un consumo escondido, entonces era un dos que solamente conocía yo, pero era un dos que vivía gran parte del día, quizás más que el otro”. Esta división y oscilación

subjetiva parece ser un eje de la dinámica del sujeto en adicción y generalmente no es visible para los otros que se relacionan con el sujeto. Se revisará cómo ha sido entendido esto teóricamente y luego veremos su relación con la formación de ruptura que implica el recurrir a las sustancias químicas.

Sachs, H. Rosenfeld y Freud: las fuerzas separadas del yo

Ya en 1923, Sachs, con gran agudeza clínica, centra la atención sobre este fenómeno de dualidad de perspectivas o partición del yo. El autor coloca como uno de los dos elementos clínicamente centrales del fenómeno de la adicción el que en ellas es muy manifiesto “lo compulsivo, la subyugación del individuo por las fuerzas libidinales separadas del yo”, lo que acercaría el cuadro al de las neurosis obsesivas. Sin embargo, a diferencia de éstas, en la adicción queda implicada la realización de un acto que involucra una “satisfacción incuestionable”, lo que las acercaría a las perversiones. Las adicciones, entonces, constituirían un eslabón intermedio en la serie continua que va del polo de la satisfacción perversa al polo del síntoma neurótico. En la adicción, en forma similar a lo que ocurre en la perversión, la represión habría permitido que se conserve el placer ligado a un complejo parcial “integrándolo al yo, vale decir, ratificándolo”. Esta aceptación se produciría sólo en una “parte del yo”, lo que le da la cualidad de “separadas” a estas fuerzas incluidas en el yo. Esto implica, por lo tanto, que el yo haya tenido que dividirse, siendo sólo una parte de éste la que acepta estas fuerzas en lugar de reprimirlas. Esto explicaría las reacciones de arrepentimiento, vergüenza y autocondena que conlleva la conducta que ha permitido la experiencia de satisfacción, y la lucha subjetiva asociada a ellas. En la concepción de Sachs, el yo ha tenido que dividirse para darle espacio a la satisfacción de una pulsión parcial, en el caso de la perversión, o de un subrogado de ésta en el caso de la adicción, debido a que esta pulsión presentaría una fuerza superior a la normal, ya sea por razones constitucionales o por experiencias especialmente satisfactorias. El yo ha debido poner en marcha un mecanismo alternativo a la represión, quedando dividido.

Esta apreciación clínica de Sachs no tendrá un nuevo desarrollo hasta 1960 cuando H.Rosenfeld señale que la incapacidad del sujeto que ha desarrollado una adicción para enfrentar el dolor y la frustración se debe a la “excesiva disociación de su yo y de sus objetos en el marco de una debilidad yoica” (p.157). Enfatiza que esta “escisión del self” conduciría al paciente a comportarse como si fuera “dos o más personas distintas”, tanto en su análisis como en la vida externa. La droga aparecería como la parte mala escindida del self, y el consumo de la sustancia se relacionaría con la proyección de esta parte mala sobre objetos externos o con la reintroyección de la parte mala proyectada. Esto demostraría que en el adicto habría una fijación a la fase infantil temprana de la posición esquizoparanoide, más allá que haya habido un acceso parcial a la posición depresiva. Esta división queda ilustrada en el caso de la paciente que relata el autor, que se siente identificada con el personaje de la novela de Stevenson, el doctor Jeekyll y su contraparte el sr Hyde, al igual que uno de los pacientes entrevistados en este estudio. Para H.Rosenfeld el tema referido a la escisión del yo es tan crucial que plantea que el pronóstico del tratamiento analítico de un sujeto que ha desarrollado una adicción depende de qué tan capaz será el proceso analítico para ayudar al paciente a integrar las partes disociadas del self. En H.Rosenfeld, entonces, el énfasis está colocado en una deficiencia a nivel de la estructuración del yo y de la relación con los objetos, deficiencia que permite que el sujeto recurra al objeto droga como parte de su funcionamiento psíquico. Más adelante, McDougall también enfatizará la importancia de un mecanismo de “escisión” de la imagen de sí mismo presente en la adicción, que divide al sujeto en una parte que encierra el mundo secreto y subjetivo del niño, y otra que se pliega a las exigencias del mundo externo. Terapéuticamente, esto llevaría a que se corriera el riesgo de acceder sólo a uno de los aspectos de la escisión. Recientemente, Burton (2005) ha vuelto a colocar un énfasis clínico principal en la idea de ‘disociación’ como parte del funcionamiento de la persona que abusa de sustancias, basándose en un modelo de ‘multiplicidad’ de estados del self.

Si bien Freud no se planteó en estos términos el fenómeno de la adicción, sí formuló la idea de un yo que puede funcionar desde “partes” que pueden tener cierta autonomía. De hecho, este será uno de los desarrollos teóricos importantes de Freud a partir de 1923,

mismo año de publicación del artículo de Sachs. Desde el concepto de “escisión del yo” de Freud, es posible revisar este fenómeno descrito por estos autores, y presente en el relato de los pacientes, desde un matiz distinto, desde un matiz que enfatiza el entendimiento del fenómeno de la escisión del yo como una consecuencia de una situación dada, en lugar de colocarlo a nivel de una estructura previa. Freud utiliza el concepto de escisión del yo, a partir de los estudios sobre fetichismo, como complemento de la noción de “desmentida”, para dar cuenta de una torsión que realiza el yo para poder enfrentar exigencias incompatibles entre sí. La escisión del yo se hace necesaria para poder mantener activa la desmentida. A pesar de haber tomado como punto de partida los estudios sobre el fetichismo, Freud enfatiza que el fetichismo es sólo una oportunidad privilegiada para observar este fenómeno, ya que la escisión del yo se da en forma normal en la infancia como una manera de lidiar con las demandas provenientes de la realidad objetiva. Las percepciones en la realidad que hacen tomar noticia de estas demandas son “desmentidas” y, con el fin de poder mantener el contacto con la realidad, el yo debe “partirse”, relacionándose con la realidad desde dos lugares subjetivos independientes uno del otro.

El mecanismo al cual se refieren los pacientes en sus relatos parece quedar muy bien representado por estos conceptos teóricos freudianos. Partiendo del entendimiento de la adicción realizado en el apartado anterior a modo de conclusión, se podría agregar al cuadro clínico a un sujeto que es demandado por

- i) los fuertes deseos de consumir la sustancia, los que estarían biológicamente determinados desde los cambios funcionales y estructurales producidos en el sistema nervioso central
- ii) las normas, vínculos relacionales y elementos de la realidad que forman parte de su estructuración psíquica no interferida por el consumo o los deseos de consumo adictivos

Dada la fuerza que ha cobrado el llamado desde la biología, el sujeto no logra resignar esta demanda, tal como tampoco logra deshacerse, a través del consumo de sustancias, de

los elementos estructurantes de su psiquismo. Esto lleva al intento de vivir en forma paralela, en forma dividida a costa de pagar un alto precio en malestar. Este vivir en forma paralela implica el tener que “desmentir” ciertas percepciones, muchas veces puestas en primer plano por los familiares o por consecuencias en los planos económico o laboral, que dan noticia del mundo exterior. Esta desmentida sólo se puede sostener a través de una escisión del yo. Esta doble relación con la realidad formaría parte importante del resquebrajamiento mental en el cual llega el paciente a consultar. Es necesario destacar, como un elemento fundamental, el que en esta concepción freudiana de la escisión del yo, a diferencia de lo que ocurre en los planteamientos de Sachs y más claramente de H.Rosenfeld o McDougall, la desmentida y consiguiente escisión del yo se producen como un ‘efecto’ de la imposibilidad de asimilar dos demandas diferentes hacia el sujeto. En el caso de la adicción habría ocurrido un cambio a nivel del funcionamiento neural que ha llevado a la ‘instalación’ del “deseo morboso” o compulsivo por la sustancia. La instalación de este cambio desde la biología lleva a que el sujeto se encuentre con una demanda desde su sistema nervioso, que habría que considerar externa y no en la categoría de ‘pulsional’. No se estaría en el plano de lo “límite entre lo psíquico y lo somático”, sino directamente en lo somático. Esta demanda, a la cual el sujeto puede oponerse sólo realizando esfuerzos importantes, es incompatible con muchas de las otras demandas provenientes del mundo externo y de su propia estructuración psíquica, las cuales el sujeto tampoco está dispuesto a desestimar. Es a partir de esta situación, en que una de las demandas ha sido ‘artificialmente’ inducida por los cambios biológicos propios de la adicción, que el sujeto recurre a la desmentida y escisión del yo. Es decir, no sería la debilidad yoica, o una tendencia a la escisión previa, las que llevan al sujeto a recurrir al consumo de sustancias como una forma de defensa o de obtención de satisfacción. Desde este punto de vista, la escisión del yo no sería un elemento a la base de una explicación para el fenómeno adictivo sino, más bien, una forma de intentar lidiar, por parte del yo, con el mecanismo adictivo entendido biológicamente. El entender de una u otra forma este punto marcará diferencias muy importantes a nivel del abordaje terapéutico, como se verá más adelante.

Lacan y la estructura del sujeto

Por otra parte, esta situación clínica inicial también podría entenderse desde lo que se ha llamado una ruptura con la significación fálica, siguiendo los planteamientos de Lacan. Como se veía anteriormente, para Lacan, el éxito de la droga se debe a que permite romper “el matrimonio del sujeto con el falo”. El falo, desde estos planteamientos, es necesario entenderlo como un significante, siguiendo las nociones de Saussure, y no como una fantasía, ni tampoco como un objeto parcial, menos aún como un órgano. Como se veía en el capítulo 2, para Lacan el falo es el significante “destinado a designar en su conjunto los efectos del significado”. Es decir, por medio de él lo que era el objeto que satisface la necesidad queda ‘recubierto’ por la significación, convirtiéndose el significante fálico en la referencia para el objeto del deseo. El sujeto tiene acceso a este significante en el lugar del Otro, donde el significante se encuentra como razón del deseo del Otro. El deseo de la madre quedará formulado como deseo del falo y el niño querrá ser el falo para satisfacerlo. El objeto del deseo se instaura, de esta manera, como un objeto primordialmente perdido, y los sustitutos de éste en la realidad lo serán vía la equivalencia que se pueda realizar por medio de la significación fálica.

Los efectos del falo como significante no solamente tendrán consecuencias sobre la relación del sujeto con el objeto, en el sentido de hacerlo pasar por la significación. Por otra parte, la propia constitución del sujeto también estará marcada por la influencia de este significante. Para Lacan, el falo se convierte en la barra que cae sobre el significado, lo que lleva a la producción de “una condición de complementariedad en la instauración del sujeto por el significante” (1989b, p. 672). A partir del texto *Observación sobre el informe de Daniel Lagache: Psicoanálisis y estructura de la personalidad*, la noción de sujeto como efecto del significante es necesario entenderla en Lacan como un sujeto que queda representado en el ideal del yo, o I(A). Este ideal del yo (el que más adelante Lacan incluirá en la noción de S1, que a su vez representará al Nombre del Padre entre otros) sería un convertirse el yo, ubicado en el registro imaginario, en un elemento significante. Hay una oposición entre yo ideal e ideal del yo. El ideal del yo aparece como el punto donde lo imaginario es utilizado como significante. Así, se podría

distinguir dos lugares subjetivos: *desde dónde el sujeto se mira* (el ideal del yo), y el *allí dónde se ve* (el yo) (Miller, 1998). Este quedar representado el sujeto en el ideal del yo estaría en el nivel de la “identificación constituyente”, es decir, a nivel de la identificación primordial. Si bien el significante para constituirse como sujeto es encontrado en el lugar del Otro, habría un primer momento en el cual esta representación del sujeto quedaría a nivel de la “insignia”, es decir, no de un significante que remite a otro significante, sino como un significante fuera del sistema. Esto haría que a partir de esta “insignia” el sujeto crea que no está articulado con nada, que es Uno solo. En un segundo momento este ideal del yo como representante del sujeto funcionaría como representación para otros significantes, volviéndose un significante mediador y civilizador, siendo “el grado, el título, el diploma” que llevan a un hacerse reconocer ante el Otro (Miller, 1998). Con la instauración de esta identificación primordial, lo que se produce es un cambio de nivel lógico, es la inscripción de los elementos imaginarios en una nueva dimensión, la simbólica, con lo que se seguiría la idea del ‘representante de la imagen’ o ‘representante representativo’ (Vorstellungsrepräsentanz) freudiano. Es la entrada en esta dimensión simbólica la que permite que se ‘cree’ el sujeto, como efecto de esta identificación. Es decir, la identificación primordial no genera un representante de algo que ya existe en lo real, sino que crea un nuevo orden de funcionamiento que tiene como efecto, por una parte, el significante del ideal del yo como un representante, y por otra parte, lo representado por este significante, que sería el sujeto como lugar vacío. El sujeto, desde la perspectiva de Lacan, surge en el mundo debido a que el significante aporta el trazo mínimo que permite decir *no hay nada* (Miller). Este doble aspecto de la aparición del sujeto, la identificación primordial a un significante y lo que queda representado en este significante, hace que el devenir significante sea correlativo a su desaparición, provocada por el mismo significante, lo que Lacan llama el “fading” constituyente de la identificación fundamental del sujeto. Esta operación de identificación será producto de una operación de “alienación”. Esto es lo que marca la “división” del sujeto, siempre resaltada desde los planteamientos lacanianos, y que retiene la noción de una inadaptación que no es accidental ni patológica, sino que define al hombre como tal. De aquí la escritura del sujeto como \$: el lugar del sujeto es de elisión.

Es así como la instauración del sujeto, como efecto del significante, también será afectada en el caso de producirse una ruptura del matrimonio del sujeto con el falo. Al ser un efecto del significante, el mantenimiento de su montaje dependerá de que algunos significantes primordiales sigan ejerciendo su función. La droga, entonces, lo que permitiría sería un desmontaje parcial de este efecto sujeto, permitiría el desdibujamiento temporal de la inscripción en el Otro y correlativamente el dejar operar desde el efecto sujeto.

Así entonces, el recurrir a la droga tendría consecuencias que se harán sentir tanto en la dimensión del fantasma, como en la dimensión del sujeto. En la dimensión del fantasma se produciría una ruptura con las particularidades de éste, dado el ‘cortocircuito’ producido a nivel del goce fálico. El objeto del fantasma podrá ser reemplazado por un objeto ‘producido’ por la ciencia. La droga, entonces, no puede ser considerada un ‘objeto a’, ya que los ‘objetos a’ suponen un cuerpo afectado por el inconsciente, un organismo intervenido por el significante. La droga se convierte, más bien, en este objeto ‘prêt-à-porter’ que ocupa el lugar del ‘objeto a’ marcado por las particularidades de cada uno. El ‘objeto a’ es una “deducción significativa”, tiene una consistencia “sostenida de manera puramente lógica” (Miller, 1987/1998). El intento al recurrir a la droga sería justamente salir de esta lógica que le da consistencia al ‘objeto a’, salir del plano de la significación. La droga no podría colocarse en la dimensión del objeto parcial, ya que lo que buscaría sería justamente salir de la significación y no manifestar un significado inconsciente.

También en la dimensión del sujeto se podrían apreciar las consecuencias de esta ruptura con el falo. En la dimensión del sujeto se produciría un intento de ‘desmontaje’ del efecto significante que lo hace advenir como sujeto. Es decir, el consumo de la droga permitiría el desvanecimiento del efecto sujeto, desvanecimiento que, como veíamos, en un segundo momento, el de la adicción, se haría forzado. Producto de esta ruptura del matrimonio entre el sujeto y el falo existiría, por una parte, un intento de acceder a un objeto no mediatizado por la significación, a un objeto mítico de la necesidad por definición

inalcanzable; y por otra, y en correlación con esta operación, un intento por desmontar el paso propio de la inscripción significativa, que hace que se instaure un nuevo orden que permite la aparición del sujeto como efecto del significante. Esto último sería lo que muchas veces se escucha de parte de los pacientes como la intención de “borrarse” mediante el consumo de sustancias.

Este ‘desmontaje’ del efecto no parece ser un equivalente de lo que se ha llamado un ‘pasaje al acto’ desde la perspectiva lacaniana. El pasaje al acto es un concepto que se diferencia del acting out, debido a que no involucra una maniobra de sentido, sino de ser. El acting out, si bien juega con el goce, con el ser, supone el mantenimiento del Otro en su lugar y se cumple en relación con S1, es decir, en relación al sentido. El pasaje al acto es una maniobra con el ser respecto del Otro, en la cual el sujeto opera con su propia pérdida, intentando una separación completa del Otro. El sujeto se identifica al ‘objeto a’ y sale de la escena, presentificando el anudamiento del sujeto al objeto. Se ofrece al Otro en esta posición de resto sin esperanza de hacerse escuchar. La relación con el ‘objeto a’ es central en este proceso. El desmontaje del sujeto en el caso del consumo de drogas no parece estar en relación al ‘objeto a’, ni involucrar una identificación del sujeto con este objeto. El intento, facilitado por el efecto farmacotóxico que producen las sustancias y que es un elemento imprescindible para explicar el mecanismo, es de una salida del plano de la significación en forma radical, de una salida del contexto lógico a partir del cual el ‘objeto a’ puede ser definido conceptualmente. Este intento, además, tiene la característica de querer ser ‘manejado’ a voluntad por el sujeto inicialmente.

El recurrir a la droga, entonces, antes de que la relación con ella se vuelva parcialmente forzada, se podría entender como un intento de desmontaje experimental y temporal que realiza el sujeto de su propia estructura. Obedece a un cálculo que involucra el tipo de sustancia a utilizar, la dosis a escoger, las circunstancias propicias para el consumo, incluido un tiempo razonable para recuperarse después de éste, etc. Es, decir, está lejos de una ‘caída’ involuntaria del sujeto en la identificación al objeto frente a una escena inasimilable, como podría darse en el pasaje al acto. Esta cualidad de ser manejado por el sujeto puede ser lo que ha hecho que el recurrir a las sustancias químicas esté siendo

ubicado actualmente, desde diversos autores lacanianos, en el plano de una “elección” por parte del sujeto. Así es como Tarrab (2000a) define a la “operación toxicómana” como una “solución” frente a la falta estructural de goce y la falta de ser del sujeto, en oposición a las soluciones fantasmática y del síntoma. El recurrir a la droga se constituye en una estrategia del sujeto, que implica su propio desmontaje en forma temporal y calculada, frente al problema de la castración. Sin embargo, como veíamos, pasado determinado punto y por razones asociadas al impacto del ingreso de las sustancias sobre el funcionamiento de determinados circuitos del sistema nervioso central, este plano de la ‘elección’ pasa a ser de la ‘elección forzada’, con lo cual el status de “solución” se desdibuja. Esto genera un cuadro clínico, donde la ‘caída’ del sujeto se hace mucho más patente que la dimensión de la ‘elección’, lo que pudiera llevar a confundir lo que sucede con lo descrito en el pasaje al acto.

Sin embargo, esta maniobra de ruptura que sería permitida por el recurrir al objeto droga, sería sólo una búsqueda de un borramiento temporal del sujeto, ya que no sería posible echar atrás completamente la operación que dio nacimiento al sujeto. El efecto sujeto volvería a aparecer, con más o menos claridad, muchas veces después del consumo, eventualmente asociado al enfrentamiento de consecuencias del consumo incluyendo la queja de otros o, incluso, podría hacerse presente durante el consumo. Es posible que esta ruptura con el plano de la significación en ningún momento se pudiera lograr en forma completa. El alivio asociado al desmontaje del sujeto, parece funcionar como refuerzo del uso de este recurso, hasta que lo que era un recurso puntual se va transformando en una estrategia estable. Esta podría ser la situación que se da en lo que descriptivamente se llama el “abuso de sustancias”. Finalmente, con el cambio a nivel de las vías nerviosas, lo que era una ‘estrategia’ se transforma en una ‘compulsión’, la ‘adicción’ a las sustancias. Este “éxito” de la droga que refiere Lacan, entonces, sería sólo temporal y parcial. Esta limitación es lo que, por otra parte, abre las posibilidades de un proceso terapéutico, en lugar de transformar la situación en un camino sin posibilidad de retorno. Incluso en el nivel de la ‘adicción’ a las sustancias, el significante que representa al sujeto (el ideal del yo, la insignia, el S1), junto al efecto sujeto, vuelven a aparecer una y otra vez o, más bien, nunca logran ser borrados completamente. Es así como, independientemente de la

gravedad de la adicción o de la confusión mental, el lugar del *desde donde me miro* vuelve a transformarse en un punto desde el cual el sujeto se observa. Esto se hace muy claro en el relato de los pacientes, ya que el ‘saber que se está mal’ y que se debe hacer algo con la situación (5.2.1.3a) implica a un sujeto operando ubicado en lugar *desde donde se mira*. Y el lugar *donde se ve* es un lugar que no le “calza”, que parece “patético”, que está “totalmente mal”, “sórdido”, etc. Siempre vuelve a aparecer este punto desde el cual el sujeto se mira y juzga críticamente *donde se ve*. En algunos momentos la reaparición del mirarse desde el ideal del yo puede llevar a recuperar temporalmente, y con nostalgia, un lugar histórico ocupado por el sujeto, cuando *se veía en otro lugar*: “pensaba y a veces miraba fotos de cuando yo era pendejo y a ratos pensaba qué lata que este niño... se transformó en un monstruo”.

Tomando en consideración la noción de ‘escisión del yo’ de Freud y el proceso de estructuración del sujeto desde la perspectiva de Lacan, el fenómeno de la ‘oscilación subjetiva’ propio de la situación de adicción podría entenderse como compuesto de dos elementos:

- i) Por una parte, habría un oscilar entre un ‘desmontaje’ de diversa intensidad de la estructura que produce el efecto sujeto, desmontaje que tal vez nunca llega a ser completo, y una reaparición del operar desde el significante al cual se ha identificado el sujeto primordialmente, que ofrece el lugar desde donde se mira. La reaparición de este lugar desde donde mirarse, hace que el sujeto pueda evaluar críticamente su situación y que, eventualmente, puedan surgir sentimientos de culpa o devaluaciones hacia sí mismo que llevan a que “el sentimiento de sí” freudiano se vea menoscabado. Es lo que los familiares, y en algunas oportunidades el propio paciente, describen como la “baja autoestima” del paciente, y que se intenta muchas veces colocar como causa de la situación adictiva. Miller (1987/1998) plantea que el juicio crítico es propio de este lugar desde donde el sujeto se mira, diciendo que al volverse “aprehensible” al mismo tiempo se vuelve “reprensible”, lo que se relacionaría con el sentimiento de culpa freudiano que llega hasta las raíces

del ser, y con la idea lacaniana de un sujeto que nace “paranoico”, ya que eso habla de él en tanto reprobable. Sin embargo, la situación de adicción se caracteriza por la falta de efecto de la reaparición de este lugar sobre las decisiones del sujeto. Esta reaparición no tiene la intensidad ni la estabilidad suficiente como para llevar a que el sujeto tome una decisión en relación a su situación, llegando a una situación de ‘paralización’. Esta falta de fuerza está en estrecha relación con la tendencia a consumir nuevamente la sustancia, determinada desde la biología, ya que cualquier decisión que quisiera tomar el sujeto iría en contra de esta tendencia a la búsqueda de la sustancia con la que está enfrentado.

- ii) Por otra parte, el estar demandado desde estos dos puntos contradictorios, el lugar desde donde *se mira* que juzga críticamente lo que ve y que empalma con las demandas desde el entorno social y del propio ideal del yo, y la tendencia al consumo determinada desde un ‘exterior’ a sí mismo en el sentido que viene desde lo material del sistema nervioso, conduciría a la puesta en marcha del fenómeno descrito anteriormente de la escisión del yo. Estas serían las demandas contradictorias propuestas por Freud para la aparición de este mecanismo. En el espacio temporal intermedio, entre el polo de simplemente dejarse llevar por la tendencia al consumo de las sustancias y el polo de juzgar críticamente la situación desde su ideal del yo, el yo se divide, se desfigura para no tener que desechar ninguna de las dos demandas a las que se ve enfrentado. Esta escisión del yo, entonces, sería un producto del fallo en que incurre la maniobra de desmontaje calculado del efecto sujeto, que acompaña a la ruptura, también calculada, de la significación fálica. Este fallo consiste en que lo que inicialmente era cálculo, se convierte en ‘compulsión’, ‘dependencia’ del objeto que, por sus características químicas, prometía una salida manejable al problema de la castración. De esta manera, el yo se parte en dos de manera de poder seguir relacionándose con percepciones contradictorias de la realidad.

La forma de conceptualizar la adicción llevada a cabo en esta primera parte de las conclusiones, tendrá grandes implicancias en la forma de pensar el abordaje terapéutico. El entender la adicción funcionando en dos momentos, el segundo de los cuales convertiría lo que inicialmente era una estrategia del sujeto en una respuesta forzada, determinada biológicamente, cambia las relaciones de causalidad habitualmente usadas en el psicoanálisis e intenta integrar el plano de las significaciones con el plano de la realidad biológica. Por otra parte, el colocar en primer plano del cuadro clínico lo que se ha llamado la ‘oscilación de la posición subjetiva’ obligará a preguntarse por el norte de las intervenciones a realizar, y la lógica que éstas deben seguir, de manera de generar las condiciones que permitan un abordaje psicoanalítico, un abordaje donde el sujeto del inconsciente ocupe un lugar central.

6.2 El abordaje terapéutico

6.2.1 Oscilación subjetiva, motivación a tratamiento e intervención de terceros

Los fenómenos descritos de la ‘desorganización subjetiva’ y la ‘oscilación de las posiciones subjetivas’, son de importancia central al momento de pensar en un abordaje terapéutico de los pacientes que han desarrollado una adicción. Esta oscilación subjetiva tiende a producir una situación de parálisis en la toma de decisiones, a pesar del saber que se está mal y que es necesario hacer algo para cambiar la situación, que podrá llevar a consecuencias graves incluyendo la muerte dentro de este horizonte. Es en el contexto de esta imposibilidad de fijar una posición subjetiva a partir de la cual poder tomar decisiones y realizar acciones, que la intervención de terceros significativos pasa a cumplir un rol desestabilizador del equilibrio de fuerzas presente hasta ese momento en la economía psíquica (5.2.2a). Esta intervención de terceros se relaciona con el ámbito del ejercer una demanda sobre el sujeto, habitualmente una demanda con un componente emocional que puede o no anunciar consecuencias prácticas; y con el ámbito del facilitar en términos logísticos la llegada del potencial paciente a una primera consulta.

Frente a una situación de consulta marcada por la característica del ‘ser llevado’ a consultar, literal o metafóricamente, surge el cuestionamiento relacionado con la presencia o ausencia de ‘motivación’ a tratarse de los pacientes. Ya Freud discutía este punto al preguntarse por las condiciones necesarias de estar presentes para realizar un abordaje psicoanalítico. Freud consideraba dos elementos como esenciales en este sentido. El primero de ellos tiene relación con el tema de la “motivación” a tratamiento. Freud formula que la situación ideal de consulta involucraría a alguien que “en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio”. Ya en esta breve definición freudiana se encuentran dos dificultades, si contrastamos este ideal con la situación relatada por los pacientes de este estudio. Hemos visto, en primer lugar, que los pacientes al llegar están lejos de ser “dueños de sí mismos”. Más bien al contrario, la adicción implica un paciente que parece haber perdido el control sobre grandes aspectos de su vida (por definición sobre su forma de consumir sustancias), que lo acerca, más bien, a un vivir al borde de la crisis o definitivamente del colapso. En segundo lugar, el paciente es ‘llevado’ a consultar por terceros en la gran mayoría de los casos revisados, lo que también se encuentra en el polo opuesto de la situación ideal. Es decir, ya desde este punto de vista se encuentran dos elementos que, al menos desde Freud, si bien no imposibilitan el trabajo desde una perspectiva analítica, sí son “desfavorables” para el análisis y “agregan nuevas dificultades” al caso. Freud es especialmente tajante al momento de analizar la situación en que el sujeto es llevado a consultar por terceros que intentan que el paciente cambie según sus propios deseos y requerimientos. Es decir, el paciente no sólo es llevado a consultar, sino que además estos terceros intentan definir la dirección y el contenido del cambio a conseguir: “Situaciones como las del contratista de una obra que encarga al arquitecto una vivienda según su gusto y su necesidad, o la del donante piadoso que se hace pintar por el artista una imagen sagrada [...] no son el fondo compatibles con las condiciones del psicoanálisis.” Esta situación, incompatible con el psicoanálisis, parece ser, a primera vista, la que ocurre en el caso de los pacientes con adicción llevados a consultar por los miembros de una familia que desean que, entre otras cosas, deje de consumir sustancias químicas.

Sin embargo, el entender la situación subjetiva del paciente que es ‘llevado’ como marcada por la presencia de dos posiciones contradictorias permite matizar esta visión. Lo que se ha revisado que se produce es una situación en que el sujeto se encuentra en un equilibrio de fuerzas, que refleja la imposibilidad de encontrar una salida frente a dos demandas contradictorias, y que obligan a la escisión del yo. El sujeto oscila entre operar y no operar desde el lugar *desde donde se mira*, ubicación subjetiva presente y central en el sujeto. Esta situación permite que la demanda de los familiares pueda encontrar un punto de anudamiento en el propio sujeto, en lugar de ser una mera imposición de la voluntad de unos sobre la de otro, una mera maniobra de poder. Para que esto ocurra, esta demanda tendrá que darse en un determinado momento, adoptar una cierta forma, ser realizada por determinadas personas, involucrar tiempos particulares (5.2.2b). Es decir, es necesario que se den ciertas condiciones para poder crear un punto de anudamiento entre la demanda de los familiares y este lugar desde el cual el paciente *se mira*, facilitando así que el sujeto vuelva a maniobrar a partir de S1, a partir del significante por el cual el sujeto se toma y se hace significativo. Esto no significa que maniobre *al* S1, ya que S1 en tanto tal es intangible. Es decir, la demanda de los terceros que promueven la consulta, es posible entenderla como produciendo una acción que ayuda a ‘fijar’ esta posición desde la cual el sujeto *se mira*, dificultando con esto el desvanecimiento de la metáfora primordial del sujeto.

Lo destacable es que lo que se ‘fija’ es una posición que ya existe en el sujeto. El análisis del contenido de las entrevistas permite afirmar que el sujeto ‘ya está’ motivado a producir un cambio en su situación, y este cambio ‘ya está’ relacionado para el sujeto con una modificación en su relación con las sustancias químicas. Pero, dada la fuerza que tiene la demanda que desde la biología llega al sujeto, no se logra sostener esta posición que implicaría el suspender el consumo de las sustancias (5.2.1.3c). Esta situación subjetiva es muy difícil que se haga visible, para terceros significativos o para los profesionales de la salud, durante el período en que el sujeto está consumiendo sustancias, debido al mecanismo de escisión del yo que se ha puesto en marcha. Sin embargo, al realizar el sujeto un análisis retrospectivo de lo ocurrido en esa etapa aparece

con claridad la dinámica en juego. En el relato de los pacientes aparece claramente esta ‘motivación’ por hacer algo con la situación, basada en un diagnóstico bastante realista de lo que se está viviendo. Esta ‘motivación’ impresiona por estar ampliamente presente en la conciencia y, en general, desde hacía un largo tiempo. La ‘motivación’ a tratarse, entonces, no sería algo que fuera necesario ‘crear’ en este tipo de pacientes. Más bien, se necesita lograr rescatar y fijar ese lugar que aparece y desaparece en el paciente, desde el cual *se mira*, con el fin de que operando a partir de él pueda tomar decisiones y lleve a cabo las conductas asociadas a éstas. Es en este rescate y facilitación de la fijación, que la intervención de terceros significativos puede ser de gran relevancia. Estos terceros pueden ser significativos por diversas razones, incluyendo motivos emocionales, legales, económicos, laborales, etc., aunque se ha visto que el círculo familiar cumple un rol especialmente importante en esta instancia.

Entendiendo lo que sucede desde esta óptica, lo que inicialmente puede parecer coercitivo o producto del “encargo” de una “obra” que quisieran construir los familiares según sus propias intenciones e intereses, se convierte en un elemento que ayuda a fijar una de las posiciones propias del sujeto, que era lo que hacía falta para dirimir el equilibrio de fuerzas en su psiquismo. Por supuesto que este proceso no es algo que se realice una sola vez. La oscilación subjetiva no cesará de una vez y para siempre, sino que se hará necesario volver a pasar por este mismo punto en una serie de ocasiones hasta que el sujeto vuelva a adquirir cierta estabilidad del punto desde el cual ‘mira’ lo que sucede.

Este aspecto de un equilibrio de fuerzas que ya incluye una motivación al cambio en el sujeto, ha sido abordado por W. Miller y S. Rollnick, autores del modelo de la “Entrevista Motivacional”. Como se veía en el capítulo 1, ya desde los 70’ surgen técnicas que tienen el objetivo de producir un cambio en el paciente que ha desarrollado una adicción al alcohol. En los 80’, el modelo transteórico sobre los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente (1984) enfatizará la necesidad de poder entender la disposición a cambiar como un proceso que involucra distintos momentos y etapas. En los 90’, la “Entrevista motivacional”, generada en base a los desarrollos de las décadas anteriores y con un fuerte matiz rogeriano, se convertirá en uno de los planteamientos

más importante sobre el tema, con un gran número de investigaciones asociadas a ella o sus desarrollos hasta el día de hoy. Los creadores de esta aproximación al problema del cambio, colocan todo el énfasis en lo que llaman “la ambivalencia”, que definen como “un estado de la mente en el que una persona tiene sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo” (p.66). Les parece que la presencia de esta ambivalencia ha sido malinterpretada por los terapeutas que tratan conductas adictivas, al verlo como un conflicto a nivel de la personalidad, lo que parece hacer alusión al punto de vista psicoanalítico que intenta ver en la escisión del yo una situación estructural que juega a nivel de las ‘causas’ de la adicción. Para estos autores “trabajar con la ambivalencia es trabajar con el núcleo del problema” (65) y consideran a la ambivalencia como un “fenómeno central” en las conductas adictivas. Por esta razón, el trabajo a través de la ambivalencia se convertirá en el “objetivo central” de la entrevista motivacional. En este sentido, parecen intentar dar cuenta del fenómeno que se ha visto aparecer en el relato de los pacientes entrevistados, aunque conceptualizado de una forma muy distinta a la perspectiva psicoanalítica. Dentro del psicoanálisis también se puede encontrar destacado, a nivel de la técnica, este problema de la “ambivalencia”. H.Rosenfeld en 1960 y un tanto al pasar, enfatiza que el pronóstico del tratamiento de un paciente que ha desarrollado una adicción estará en directa relación a la posibilidad de integrar las partes disociadas de su self. Es decir, en términos del efecto del trabajo analítico reconoce que este es un elemento de importancia central, pero no lo conceptualiza con mayor profundidad, ni intenta entenderlo como parte constitutiva de la dinámica adictiva. McDougall también enfatizará la importancia terapéutica de que el analista tenga presente lo que llama la “evacuación psíquica” de los problemas propios de estos pacientes. Sin embargo, tiende a considerarla una condición pre-mórbida más que como una dinámica propia de la adicción.

Por otra parte, desde la aproximación de la entrevista motivacional las fuerzas ‘exteriores’, la participación de terceros significativos en el proceso del trabajo con la ambivalencia no parece tener mayor relevancia. Sólo al momento de acordar un plan a seguir con el cual el paciente se compromete, es decir, en la etapa “final del juego” como plantean los autores, se sugiere la posibilidad de que este compromiso se haga “público”,

y se le haga saber al “cónyuge u otra persona querida” por el paciente si estuviera presente en la consulta. También se sugiere la posibilidad de que vía telefónica, durante la sesión, el paciente informe a otros significativos de la decisión que está tomando. La participación de terceros queda en el plano de un elemento más que puede ayudar a fortalecer la decisión una vez tomada, pero no se considera a esta participación como formando parte de la toma de decisión. No se le da la importancia a este espacio que hemos llamado punto de anudamiento entre una posición del sujeto y la demanda de terceros. El modelo de la “Entrevista Motivacional”, entonces, parece ser, dentro de otras perspectivas, el único que la da una relevancia técnica sistemática a este aspecto subjetivamente oscilante del funcionamiento psíquico del paciente que ha desarrollado una adicción, y que se ve reflejado y enfatizado en los relatos de los pacientes. Otros enfoques actualmente validados no parecen rescatar estos elementos. Así, por ejemplo, desde una perspectiva del modelo cognitivo de Beck, no se hace énfasis en el equilibrio de fuerzas descrito, que es dirimido por la intervención de terceros, ni tampoco en un sujeto ‘dividido’. Si bien se reconoce que este tipo de pacientes “frecuentemente no acceden a un tratamiento voluntariamente” (Beck, 1999, p. 87), el tema de la intervención de terceros y sus efectos no es incorporado en forma relevante en el análisis. Al pasar, se reconoce que la intervención de terceros, en el sentido de estar el sujeto sometido a un mandato judicial para tratarse, puede permitir tratar a los pacientes aunque se encuentren en el estadio de “precontemplación” de Prochaska, que es un estadio en que el sujeto aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio. Es decir, se reconoce que la intervención de terceros podría influir fuertemente en la forma de acceder a una situación de tratamiento, ya que en condiciones ‘normales’, o sea, sin la intervención de terceros, el estar en el estadio de precontemplación implicaría que el sujeto aún no está preparado para comenzar con un tratamiento. Se plantea que en este estadio, más bien, sería necesario dar información y feedback para aumentar la “conciencia” del problema y la posibilidad de cambiar. Sin embargo, la obligatoriedad judicial sí permitiría iniciar un tratamiento en este punto del proceso decisional del sujeto. Pero, como decíamos, esto es sólo una alusión al pasar y de ninguna manera se transforma en un tema de relevancia en la discusión del enfoque. Desde este modelo teórico tampoco se resalta el tema de la “ambivalencia” o “escisión del yo” revisado en

los relatos de los pacientes. En relación a la motivación, el enfoque se basa principalmente en el modelo de las etapas del cambio de Prochaska y DiClemente. Lo más cercano a un reconocimiento de una ‘división’ en el paciente es lo que se resalta en relación a la actitud de éste, que frecuentemente muestra muchas “contradicciones acerca de mantener el contacto con el terapeuta” (Beck, p.91), pero esta contradicción es interpretada desde la perspectiva de la desconfianza de los pacientes, a los cuales describen como “precavidos y recelosos” y caracterizados por una “baja tolerancia ante la frustración, poca asertividad o poco control del impulso, que los hace a su vez más susceptibles” (p.47). Es interesante que esta descripción de los pacientes desde un marco “cognitivo” parece ratificar el gran “mito” psicoanalítico de características de la estructura de personalidad a la base de la dinámica de la adicción. En esta perspectiva el énfasis en términos de motivación queda colocado en el lograr un buen rapport, fomentar la confianza, mantener la credibilidad e intentar mantener un espíritu de colaboración que incluye un establecimiento conjunto de las metas. Las conceptualizaciones técnicas que se realizan en torno a la motivación desde los enfoques de la “entrevista motivacional” y del enfoque cognitivo de Beck, parecen no poder resolver la interacción y aparente contradicción entre un proceso individual de toma de decisión que respete la ‘libertad’ del paciente, y la participación de una demanda de cambio de terceros sobre este paciente, participación que las investigaciones validan largamente como necesaria (Lloyd et al., 2005; Copello, Oxford, Hodgson, Tober, & Barret, 2002, citados en Copello et al., 2006; Gerdner & Holmberg, 2000; Gregoire & Burke, 2004; Joe et al., 1999; Polcin & Weisner, 1999; Rush & Wild, 2003; Weisner, 1990, citados en Wild et al., 2006).

Considerando el análisis del relato de los pacientes y la conceptualización propuesta en este trabajo, lo que inicialmente parece ser una situación clínica que va en contra de las condiciones exigidas para un trabajo analítico, se convierte en una situación en la cual es posible rescatar la dimensión del sujeto, en el sentido del sujeto como efecto del significante, involucrada en el fenómeno de la oscilación de las posiciones subjetivas. Esto permite replantearse el concepto de ‘motivación’ y lleva a entender la importancia que puede tener la incorporación de terceros significativos en este proceso decisional, sin que esto implique la anulación de la posibilidad de trabajar desde la dimensión del sujeto,

es decir, psicoanalíticamente desde la definición de la orientación lacaniana (Lacan, 1984, p.215). En términos técnicos esto obliga a abrirse a la utilización de instancias terapéuticas que tradicionalmente no forman parte del psicoanálisis como una manera de abordar terapéuticamente a los pacientes que han desarrollado una adicción. La ‘motivación’ a tratamiento deja de entenderse como algo que involucra sólo la ‘intrapsiquis’ del paciente, intentando rescatar la característica “transindividual” de lo inconsciente. El punto de la motivación es especialmente importante en esta temática, ya que las investigaciones muestran que la gran mayoría de los sujetos que han desarrollado una adicción no consultan (Frances, Miller & Galanter, 1989; Kessler et al., 1994; Nathan, 1995; Price, Cottler & Robins, 1990; Regier, Narrow & Rae, 1993; Sobell, Cunningham & Sobell, 1996, citados en Landau et al., 2004).

6.2.2 El mantenimiento del ámbito de la decisión

El problema relacionado con la necesidad que el sujeto tome una decisión con respecto a su forma de consumir sustancias adictivas está presente desde los intentos iniciales de estructurar programas de tratamiento para pacientes que han desarrollado una adicción desde una perspectiva profesional. Es así como, desde la perspectiva de los tratamientos aversivos se plantea que el condicionamiento sólo ofrecería la posibilidad de erigir una barrera temporal al consumo. Se dice que si a esta barrera temporal erigida desde el condicionamiento clásico, es decir, desde un ámbito que intenta evitar la subjetividad, no se le suma una decisión de parte del sujeto, no será en absoluto suficiente para realmente detener el consumo en el mediano plazo. Sin un sujeto que decida tomar una posición y sostenerla, la ‘mecánica psíquica’ no logra obtener los resultados buscados. Este sería un problema que queda sin resolver en todos los métodos aversivos más sofisticados desarrollados con posterioridad, incluyendo la aversión verbal o la sensibilización encubierta. Lo mismo ocurriría con las técnicas utilizadas desde la teoría conductual, como la desensibilización que intenta disminuir el craving cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos que producían deseos de consumir la sustancia. Este tipo de técnicas sólo adquirirá sentido y podrá ser eficaz en el tiempo, en la medida

que no se olvide que el eje central es un sujeto que está tomando una decisión que tiene importantes consecuencias a nivel subjetivo. No es posible dejar el ámbito de la decisión y toma de posición subjetiva de lado. En este sentido, el involucramiento del ámbito decisional no es sólo un tema ético, sino que también lo es práctico. Este aspecto práctico es el que parece reconocerse en el único requisito solicitado para ser miembro de N.A.: “el deseo de dejar de consumir”. Si bien efectivamente es un requisito, y en ese sentido es único, también es cierto que es un elemento central de la problemática de la adicción, por lo que plantearlo como requisito es de cierta manera un contrasentido, ya que implica trabajar con los sujetos que ya han dado un paso difícil dentro del proceso. Sin embargo, es un reconocimiento implícito de la importancia de la puesta en marcha de “deseo” en el movimiento de recuperación del paciente.

Desde el punto de vista de los planteamientos realizados en el apartado anterior es posible pensar, teórica y prácticamente, un abordaje terapéutico que teniendo una orientación psicoanalítica pueda dar cabida a la demanda que realizan terceros significativos para el paciente. El punto en este sentido sería el que la integración de esta demanda tendría que permitir y facilitar el surgimiento de una decisión por realizar algo en relación al consumo de sustancias, de parte del sujeto. Este problema tendría que pensarse desde la existencia de un potencial punto de anudamiento entre la demanda de los ‘terceros’ y el lugar desde donde el sujeto *se mira*, lugar estructural en el advenimiento de un sujeto determinado por el significante. A partir de este punto se daría la posibilidad de un interjuego entre esta demanda de terceros significativos, y la generación de una decisión en el paciente que lo mantiene en el plano de la subjetividad. En el relato de los pacientes aparece con claridad el que, a pesar de la demanda de terceros significativos que incluso puede adquirir ribetes imperativos, siguen sintiéndose, al menos en parte, como siendo ellos los que han tomado la decisión de consultar por su problema (5.2.2b). Y decimos al menos en parte, debido a que al vaivén de las oscilaciones subjetivas, este estar tomando una decisión también es vivida como un ‘entregarse’ a la voluntad de otro. Un buen ejemplo de este vaivén es la frase “entonces yo llegué, como se dice en el campo, mujito, prácticamente entregado, sin llevar la contra...más bien motivado”. La demanda de terceros no hace sentir que no haya alternativas, ya que el paciente es el que mejor sabe,

por su propia historia de consumo de sustancias, que siempre las hay. Es interesante, en este aspecto, el que desde la investigación empírica también se plantee que no hay una correspondencia unívoca entre la fuente de derivación y la percepción de coerción de parte del paciente al momento de buscar tratamiento (Wild, et al 1998, citado en Wild et al, 2006). Dado el fenómeno de la ‘oscilación subjetiva’ revisado en el apartado anterior, entonces, esta demanda de terceros puede permitir fijar uno de los puntos desde donde opera el sujeto, lo cual tiene como consecuencia que la dimensión de la decisión del paciente no sea pasada a llevar.

El mantener abierta la dimensión de la elección de parte del sujeto, se transforma en un elemento que permite que el paciente tome la responsabilidad de su posición subjetiva desde el comienzo de las intervenciones terapéuticas, tema complejo en este tipo de patología. De lo que se trata es que el paciente vaya decidiendo ubicarse en una de las posiciones subjetivas oscilantes, de manera de darle estabilidad a su organización de la percepción. Esta dimensión de la posibilidad de elección es enfatizada incluso desde la perspectiva de los tratamientos en contextos coercitivos. En este sentido se plantea que aún en el caso de haber acciones delictivas involucradas, es deseable ofrecer a los delincuentes en esta situación, tanto por razones éticas como de efectividad, la posibilidad de escoger entre “opciones limitadas”, como por ejemplo el poder escoger si participan de tratamiento o pasan al sistema de justicia penal como cualquier otra persona. También sería deseable que habiendo escogido tratamiento, pudieran decidir el tipo de tratamiento que quieren seguir (Fox, 1992; Gerstein & Harwood, 1990, citados en OPS, 2005). Se ha visto que las personas acusadas de delitos que tienen la percepción de sí mismos como los agentes del cambio adquieren mucho mayor compromiso con los tratamientos (Ricketts et al, 2005). Es decir, la efectividad de los tratamientos parece requerir un involucramiento en éste de parte del sujeto. Por otra parte, sería necesario entender que lo estrictamente coercitivo, sin alternativas, se da sólo en contextos muy particulares y por períodos de tiempo de corta duración, como puede ser la hospitalización forzada decidida por los familiares. Es decir, al rescatar el ámbito de la libertad para decidir del paciente, en general, sencillamente se está reconociendo un hecho que forma parte de la realidad del sujeto.

El entender que el sujeto está decidiendo, ya sea consultar, detener el consumo o entrar a un tratamiento, y que esta decisión forma parte de un movimiento subjetivo de vital importancia, cuestiona la posibilidad de dividir el abordaje terapéutico en un aspecto que sería ‘propiamente psicoanalítico’ y otro aspecto que incluiría las otras maniobras destinadas a detener el consumo y prevenir las recaídas. Como plantea Ingelmo (2000), este dividir el abordaje terapéutico en ‘aspectos’ es una práctica que se ha validado desde la dificultad de obtener resultados terapéuticos en el caso de pacientes que han desarrollado una adicción. Sin embargo, al plantearse el seguimiento en paralelo de instancias terapéuticas que apuntan a distintos objetivos y siguen distintas lógicas (como por ejemplo asistencia a psicoterapia de orientación analítica y asistencia a un grupo de A.A.), no se toma en consideración que al comenzar a tomar el sujeto decisiones relacionadas con su consumo de sustancias ya se pone en marcha un proceso que implica un volver a estructurar la forma de operar desde el efecto sujeto. Por lo tanto, el ámbito relacionado con las decisiones referentes al consumo de sustancias no sería realmente separable del ámbito de lo que son las ‘intervenciones psicoanalíticamente orientadas’. Si bien, por una parte, la toma de decisiones en relación al consumo de sustancias podrá ir generando las condiciones para una eventual aplicación del método psicoanalítico propiamente tal, por otra, esto ya debiera considerarse parte de un proceso de “localización subjetiva”, sólo que en condiciones particulares.

En rigor, siempre que un paciente llega a consultar, más allá del motivo por el que lo hace, sería necesario preguntarse si está hablando en nombre propio o en nombre de terceros que serían los que realmente se quejan de sus síntomas. Siempre será necesaria una etapa de localización subjetiva con el fin de abrir la posibilidad de un cuestionamiento de parte del sujeto. El involucramiento del sujeto, lo que Lacan más tarde llamará su “histerización”, requiere un cuestionamiento de las relaciones del sujeto con lo real y un desarrollo de la transferencia simbólica que lo lleve a realizar el acto de fe sobre la promesa de significación que proviene del dispositivo analítico. Se plantea que en la práctica de las entrevistas preliminares que posibilitan este proceso de rectificación subjetiva, un elemento muy importante sería el de la “localización subjetiva”, localizar el

lugar desde donde el sujeto habla. El proceso de facilitación de un ‘anudamiento’ del lugar desde donde el sujeto *se mira* y el lugar desde donde demandan los otros significativos, implica el abrir la dimensión que permite localizar al sujeto. En este proceso de anudamiento con la demanda de otros y de fijación de una posición dentro de la oscilación subjetiva, los sujetos entrevistados relatan distintas posiciones en las que se ubican (5.2.4.2b). Así, por ejemplo, se destaca el ubicarse subjetivamente frente a las demandas, interaccional y biológica, como aceptando un “desafío” en el sentido de encontrar un camino distinto del propiciado desde la historia de la familia de origen; o como intentando aliviar la “angustia” de la madre, intento que se inserta en una historia vincular de gran importancia emocional para el paciente; o como una forma de volver a obtener la “credibilidad” de los terceros históricamente significativos; o como una oportunidad de dejar de ser el “crédito” del equipo que nunca cumple con lo que se espera de él; o una manera de lograr situarse en una posición de padre fuertemente anhelada en su propia historia; o la posibilidad de definir una relación de pareja desde nuevos parámetros, en el contexto de un proyecto nunca antes planteado; etc. El poder plantearse y tomar una posición frente a las demandas de terceros y de la biología, a partir de la propia subjetividad, que tiene sus propias particularidades e historia, es lo que permitirá que la dimensión del sujeto siga presente en esta entrada a un proceso y, con esto, que se pueda provocar una intervención psicoanalíticamente orientada, más allá de las técnicas o instancias específicas a las que se recurra. En este sentido parece relevante la diferenciación que realiza Lacan entre la táctica, la estrategia y la política, resaltando el que “el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica” y “aún menos libre en aquello que domina estrategia y táctica: a saber su política” (Lacan, 1989a). La táctica, el modo concreto de intervenir permite la flexibilidad en la medida que el norte, la política, de estas intervenciones sea claro.

Desde un punto de vista sistémico, la apertura de este espacio de anudamiento entre la demanda de terceros y la posición del sujeto habría que entenderlo como un movimiento que realiza el sistema, el cual fija inicialmente una nueva posición desde la cual se van a relacionar con el miembro que ha desarrollado una adicción. Es decir, no se trata de ver al paciente como un paciente ‘índice’ que sintomatiza los patrones relacionales

disfuncionales del sistema. Esto, al menos inicialmente, significa no entender el desarrollo de la adicción como un síntoma del malfuncionamiento familiar u organizacional, siendo el paciente un 'índice' de esto último, como intentaron demostrar las primeras investigaciones que llevaron a entender la adicción como un síntoma que funciona en un rol homeostático de la pareja conyugal, planteamientos funcionalistas seguidos luego por Stanton y Haley. Desde una perspectiva experimental también se intentó encontrar las características que serían propias de las familias con un miembro que ha desarrollado una adicción. Desde la perspectiva de validar el cambio biológico involucrado en la adicción propuesto en los apartados anteriores, en cambio, la causa de la situación de adicción no debe quedar atribuida a determinados patrones de interacción del sistema. Si bien estos patrones pueden tener una influencia en el desarrollo del primer tiempo del consumo problemático de sustancias, al momento de pasarse a una adicción el vínculo del sujeto con la droga se independiza de los patrones relacionales que pudieran haberlo explicado inicialmente, al igual como se planteó que se independiza de las causas asociadas al conflicto psíquico. La intervención de terceros, entonces, debe reconocer esta independencia que adquiere el fenómeno de la adicción y, en lugar de abocarse a cambiar los patrones que serían su causa, debe orientarse a que cambien las posiciones que los diversos miembros han ocupado en el sistema. Estas posiciones, secundarias al desarrollo de la adicción aunque, a su vez, necesariamente enraizadas en la historia interaccional del sistema, son las que han facilitado el que la adicción del paciente haya podido seguir adelante una vez desarrollada. La intervención de los terceros pasa, entonces, por un cambio en las formas de relación que actualmente tolera y eventualmente protege las conductas adictivas del miembro con el problema. Este cambio de posición de los miembros del sistema será lo que incentive un cambio de posición del paciente, cambio que tendrá lugar a partir de la fijación de uno de los lugares presentes en la oscilación subjetiva, facilitando que el paciente vuelva a operar desde el S1. De esta forma, se intenta que el sujeto cambie el intento de ruptura con la significación y, por lo tanto, con su representación simbólica en el ámbito del Otro, por un 'anudamiento' en el plano simbólico.

El concepto de codependencia, desarrollado inicialmente para comprender los efectos perturbadores sobre las esposas de las conductas adictivas de sujetos alcohólicos que participaban en grupos A.A. (Noriega & Ramos, 2002), para luego extenderse al consumo de sustancias psicoactivas en general y más tarde a otro tipo de situaciones que no necesariamente involucran consumo de sustancias, da cuenta del cambio a nivel de la atribución causal al momento de entender las dinámicas familiares propias de un sistema en que uno de sus miembros ha desarrollado una adicción. Más allá de que el énfasis se coloque en la codependencia como ‘causada’ por el consumo adictivo de otros, o en la codependencia como referida a aspectos de personalidad, o en la adquisición vía experiencias previas o modelos de aprendizaje, es claro que el planteamiento de este concepto está en una línea distinta del pensar el consumo adictivo como explicable por las pautas interaccionales. Es la situación de consumo adictivo la que ‘genera’ o ‘facilita’ (en caso de considerarse que ya existían potencialmente) la aparición de pautas de relación particulares a ella. Desde lo planteado en este apartado, la intervención de terceros significativos implicará el cambio de estas pautas de codependencia como una forma de que, a partir de este cambio, se cuestione el no llegar a una toma de posición y de decisiones en relación a su propio consumo de sustancias por parte del sujeto. Frente al cambio de las pautas de codependencia del sistema, que puede ser familiar u organizacional, el sujeto tendrá la opción de responder fijando el lugar desde donde *se mira*, de manera de poder tomar decisiones desde allí. Este el anudamiento necesario de realizar entre la demanda de otros y las oscilaciones subjetivas del paciente.

Esta influencia de terceros, entonces, se produce en una situación psíquica muy particular propia de la adicción a sustancias, que hace que no sea posible interpretar esta intervención de terceros como una mera imposición desde las fuerzas que intentan la adaptación o el control social en desmedro de la ‘libertad’. Por una parte, el aspecto de forzamiento desde la biología involucrado en la adicción genera una situación muy especial desde el punto de vista de las libertades, término que Lacan sugiere calificar de “espectro”, o esclavitudes involucradas. Por otra parte, la “motivación” a tratamiento, desde un punto de vista psicoanalítico, siempre tendrá determinaciones inconscientes que hagan a esta motivación cuestionable, y que, en parte, será lo que lleve a Freud a

instaurar un período inicial que llama “tratamiento de prueba” para probar en la práctica las condiciones y motivaciones del paciente a seguir el método analítico.

Finalmente, y de manera más radical, esta intervención de terceros sobre la motivación a cambiar podría pensarse desde los planteamientos freudianos del *Más allá del principio del placer*, cuando señala que “desde el comienzo, el ser vivo elemental no habría querido cambiar” y que el cambio se produciría sólo por el “influjo de fuerzas perturbadoras externas”. Este es un planteamiento que está lejos de ser una especulación filosófica, ya que la transferencia en su dimensión de sugestión, que Freud mantiene como “motor” de la cura, podría considerarse que juega este papel de fuerza perturbadora externa, con todas las dificultades que esto conlleva para teorizar el fin del análisis. Desde el punto de vista de los pacientes que han desarrollado una adicción, habría que preguntarse en qué medida esta intervención externa, esta intervención de terceros, podría considerarse un sustituto temporal de la llamada “transferencia positiva” freudiana. El vínculo determinado biológicamente con la sustancia parece oponer un contrapeso demasiado poderoso, al menos en la fase de entrada, al desarrollo de una transferencia que se convierta en motor de la cura. En este sentido, la intervención de terceros puede cumplir ese rol de fomento del cambio, hasta que la distancia biológica con la sustancia producto de la detención de su consumo permita que esta intervención de terceros sea sustituida por la instalación de la transferencia. La dificultad y desafío propios de este movimiento sería el que la intervención de terceros pueda facilitar una entrada, por parte del paciente, en la dimensión del sujeto y no promover una identificación imaginaria a los ideales sociales desde el “yo ideal”. Este proceso se discutirá en los siguientes apartados.

6.2.3 La ‘fijación’ de una posición

En el relato de los pacientes entrevistados, el momento de lo que llamamos la ‘entrada’ a tratamiento, aparece marcada por el efecto que tiene sobre el sujeto la formulación de un diagnóstico por parte del profesional que realiza la(s) primera(s) entrevista. El diagnóstico puede ubicarse sobre algo que ya es ‘sabido’ por el sujeto, al menos desde una de sus posiciones, articulándose con las experiencias y reflexiones que el paciente ya

ha realizado en torno a su relación con el consumo de sustancias. Ya sea a través de la característica de la falta de control y/o del vivir en torno al consumo de sustancias, a los pacientes les resuena el diagnóstico que se realiza con las vivencias y pensamientos que han tenido durante el período de consumo adictivo. (5.2.3.1a). La formulación de un diagnóstico también puede convertirse en una oportunidad de hacer vacilar una visión previa y producir un ‘reagrupamiento’ en la percepción de las vivencias del paciente, que le lleva a reconsiderar la interpretación de los hechos que ha realizado hasta ese momento. Esto puede llevar a que las experiencias y conductas que eran consideradas como inexplicables y asociadas a un gran monto de angustia, al verlas desde la perspectiva del diagnóstico, se hagan más explicables, abriéndose la posibilidad de intervenir sobre la situación que está a su base (5.2.3.1b). En todos los casos, el diagnóstico realizado por el profesional también ayuda a dar sentido a la demanda de cambio recibida desde personas cercanas al paciente. Es decir, el diagnóstico, por una parte confirma la existencia de un problema que ya había sido resaltado en diversas oportunidades por los familiares y, por otra, se inserta en un ‘saber’ o al menos en una experiencia que desde el mismo sujeto hace sentido.

Desde el punto de vista de las identificaciones ‘constituida’ y ‘constituyente’, podría plantearse que el anudamiento del diagnóstico realizado desde el lugar del Otro, con el punto desde donde el paciente *se mira*, permite una toma de distancia con respecto al lugar *donde se ve*. Facilita el que el paciente pueda mantener más establemente una visión de lo que está sucediendo con él, y a partir del mantenimiento de este punto de vista pueda analizar la situación, discutirla y comenzar a tomar decisiones que se traduzcan en cambios en su forma de relacionarse con las sustancias.

Algunos autores han planteado que la realización de un diagnóstico pudiera llevar a que el sujeto se identifique con un ‘ser adicto’ o ‘ser alcohólico’, identificación que iría en el sentido contrario del llevar al surgimiento de un cuestionamiento por parte del sujeto. En el caso de la identificación con un ‘ser adicto’, la identificación funcionaría como una respuesta a la falta en ser, en lugar de facilitar la “histerización” del sujeto, necesaria para la apertura de un proceso desde un punto de vista psicoanalítico. Sin embargo, el relato

de los pacientes no confirma el que la realización de un diagnóstico lleva al establecimiento de una identificación de este tipo. El diagnóstico realizado en el contexto estudiado no lleva a que el sujeto se identifique con un ‘ser adicto’ o un ‘ser alcohólico’, sino que conduce a facilitar la toma de posición de parte del sujeto en relación a lo que está ocurriendo en él. Es decir, lo que se busca con el establecimiento de un diagnóstico es el que el sujeto vuelva a *operar* desde el S1, que se vuelva a poner en marcha este mecanismo en forma estable. No se busca el ofrecer al sujeto un S2 como una respuesta particular venida desde el Otro, con la cual identificarse. Esto se relacionaría, como veíamos en el apartado anterior, con el ‘desmontaje’ del sujeto que se produciría en la adicción, en el sentido que la estructura que permite distinguir el lugar *desde donde se mira* y el *lugar donde se ve*, se desdibujaría. La distinción de estos dos lugares y el interjuego entre ellos sería lo que permite el que el conjunto vacío del sujeto, o $\$$ (S tachado), quede representado a nivel del significante. La fijación de un punto de vista, a través del diagnóstico realizado en el lugar del Otro, facilita que se vuelva a dar estabilidad a la estructura en lugar de convertirse en una continua oscilación. Aquí parece ser de importancia el contexto en que aparece este diagnóstico. En la medida que se deriva del relato por parte del sujeto acerca de su historia de relación con las sustancias, y que es un diagnóstico que no intenta convertirse en un nuevo ‘nombre’ del sujeto, sino que tiene el objetivo de poder ‘agrupar’ las vivencias y pensamientos del sujeto en un punto de vista ya presente en éste, las consecuencias de la realización del diagnóstico serán las de ayudar a volver a montar la estructura del sujeto en forma estable. Al promover una conceptualización de lo que está ocurriendo con él, como algo anclado en lo biológico, algo ajeno a su subjetividad, el efecto que produce es justamente el de una ‘des-identificación’ con los efectos a nivel conductual, cognitivo y emocional que tiene la situación de adicción. Lo que ocurre a este nivel deja de ser parte de lo que el sujeto siente que ‘es’, para convertirse en algo que ‘le sucede’. Un paciente se refiere a este movimiento señalando “pude encapsular todo lo que había sido yo en esa línea de comportamiento un poco [...] No sé, hay gente que lo controla, hay gente que puede trabajar, pero la manera en que yo, la pendiente que yo llevaba de consumo...”. En esta frase se hace claro como lo que él sentía que “había sido”, a partir de verse en determinados comportamientos, puede ser “encapsulado” y ser visto como algo que le

sucede y no controla. Otro paciente, poniendo en primer plano la oscilación subjetiva y el contraste entre el lugar *desde donde se mira* y el lugar *donde se ve*, señala “cuando tú eres Dr Jeckyll tienes la lucidez como para darte cuenta que Mr Hyde es un enfermo, y lo más curioso es que eres la misma persona”. La adicción, en esta formulación del paciente en relación a cómo se sentía en el período de consumo de sustancias, queda formando parte del ‘ser’ del sujeto, él ‘es’ un enfermo, y Mr Hyde ‘es’ él. El diagnóstico, planteado en los términos y contexto mencionados, funcionaría justamente como una cuña que permite una des-identificación de esta posición que sería la que dificulta llegar a conclusiones y decisiones en el lugar *desde donde se mira*.

Lo contrario de esto, y que aparentemente es el objeto de la crítica de algunos autores, es la categoría diagnóstica que se convierte en una forma de definir la identidad del sujeto. En este caso, la categoría diagnóstica intenta ser colocada en el *lugar donde se ve*, y a partir de este lugar ejercer un efecto sobre las decisiones el sujeto. Se estaría intentando obtener un efecto a partir de un elemento imaginario, lo cual es muy distinto de intentar un efecto de estructura. Tal vez esto explica que los abordajes terapéuticos basados en este método, típicamente los abordajes de CT, deban generar una serie de elementos imaginarios que fortalezcan el efecto deseado, como la identificación al grupo vía vestimentas, ideologías o el establecimiento de un líder en común. Lo que se buscaría en este tipo de abordaje sería el consolidar, a partir del lugar donde el sujeto se ve (un “adicto”, un “huevo loco”, un “pastel”, etc), una identificación con signo negativo, de manera de que emerja el ‘adicto en rehabilitación’ como una nueva forma de definición de sí mismo. Si bien este mecanismo se hace más patente en la lógica de tratamiento asociada a las comunidades terapéuticas y A.A., el tratamiento desde la perspectiva médica muchas veces parece seguir la misma línea, a pesar de que en sí mismo no hay razón de que quede colocado en esta vertiente. Tal vez esto hace que sea posible complementar las intervenciones de estos distintos abordajes sin mayores contradicciones. Aunque la perspectiva médico-farmacológica, más que implicar una perspectiva propia en este sentido, pareciera adoptar la lógica del contexto de intervención más global en el cual se inserta en cada caso. Es curioso que esta lógica de intervención propia de las comunidades terapéuticas, haya sido apropiada para sí por

sujetos que han desarrollado una adicción, especialmente en países en que las ayudas sociales pueden reportar una ventaja al que se define como 'adicto'. Es así como el sujeto podrá, él mismo, definirse como siendo 'adicto' con el fin de poder acceder a lo que por ley le pueda corresponder en términos de beneficios sociales o de salud. Estamos en la ganancia secundaria de la enfermedad. Por supuesto que esta autodefinición tiene por objetivo el cronificar el 'no cambio' en lugar de convertirse en un punto de relanzamiento de sí mismo. La experiencia con este tipo de pacientes es lo que parece influir en algunos de los autores que promueven el no uso de la noción de adicción, buscando tajantemente des-identificar al sujeto de ella. El error está en no comprender que aquella es una situación propia de un segmento muy particular de la población y, por otra parte, en no distinguir entre un diagnóstico que facilita la 'desidentificación' facilitando la vuelta a operar desde el S1 de un diagnóstico que busca erigirse en una respuesta a la pregunta por lo que el sujeto 'es'.

La función que cumple el planteamiento de un diagnóstico, entonces, según el relato de los pacientes, parece facilitar una vuelta a operar desde el S1, una vuelta a operar desde el lugar *desde donde se mira* lo que lleva a que el sujeto pueda volver a estar en capacidad de tomar decisiones y tomar posiciones. Si bien la orientación analítica debe llevar a un cuestionamiento de los significantes que representan al sujeto, este cuestionamiento implica que estos significantes estén constituidos. Si la estructura, el lugar desde el cual opera la identificación constituyente, está desmontada no hay significantes a ser cuestionados. Esto hace que el movimiento de fijar un punto a partir del diagnóstico pueda parecer ir en contra de la orientación psicoanalítica, ya que se estaría fortaleciendo el operar a partir del S1. Pareciera estarse yendo en la dirección de la operación 'alienación' en lugar de la operación 'separación', en términos de las operaciones constitutivas del sujeto según Lacan. Sin embargo, es necesario que el sujeto esté operando desde ese lugar para que pueda ser cuestionada su representación, y en este sentido el 'remontaje' de la estructura del sujeto podría considerarse como parte de una etapa previa a la entrada a un proceso analítico. Desde el punto de vista de la práctica de las entrevistas preliminares, podría considerarse este movimiento como un 'remontaje' subjetivo que forma parte de una particular forma de 'localización subjetiva'.

En la fase de entrada, además de la formulación de un diagnóstico por parte del profesional, se debe llegar al establecimiento de un ‘acuerdo’ de las acciones que se realizarán durante el siguiente período, el período de ‘evaluación’. En la realización de este acuerdo participan eventualmente terceros significativos para el paciente y el acuerdo incluye el intento de detener el consumo durante las semanas que dura la evaluación. Este ‘acuerdo’ marcará la fijación del lugar desde el cual se sujeto *se mira*, de manera de detener el movimiento de aparición y desaparición constante. Ya no sólo se ofrece un punto de vista para que el paciente perciba lo que ha sucedido desde allí, como es en la formulación del diagnóstico. Con el ‘acuerdo’ se establece un marco, que compromete al sujeto a mantenerse operando desde ese lugar, desde donde *se mira*, por un período definido de tiempo. Durante este período de tiempo, los terceros significativos para el sujeto participarán del análisis y conversación de lo que va sucediendo con las posiciones subjetivas que adopta el paciente. Es decir, el acuerdo coloca un telón de fondo que permitirá visualizar y, por lo tanto, interactuar con los elementos que forman parte de los movimientos en el sujeto. Se genera un contexto que ofrece las condiciones para que se comience a producir el proceso de rectificación subjetiva necesario para una entrada en un proceso terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica.

En el relato de los pacientes entrevistados la realización de este ‘acuerdo’ marca una distinción simbólica entre un ‘antes’ y un ‘después’ que tiene efectos sobre la forma en que se ubican subjetivamente y, por lo tanto, sobre su manera de actuar (5.3.2b). Los pacientes se refieren a este momento simbólico como “estaba la matrícula firmada”, como un momento en el que se “finiquita algo” y a su vez es “punto de partida para otra cosa”. No hay mucha claridad de cuál es esa “otra cosa”, de cuáles son los objetivos hacia los que se está encaminado. Sin embargo, esto no se hace necesario en ese momento en que la confusión mental tiene una presencia muy poderosa. A pesar de no saber hacia dónde se va, la diferencia entre un antes y un después, y la impresión de comenzar un “camino” son efectos muy relevantes de la fijación de uno de los puntos de la oscilación subjetiva. Con frases como “por primera vez encontraba que estaba en el camino” o “sentirme que estoy haciendo algo nuevo... es como sentirme que estoy embarcado en

algo nuevo... tengo que tomar el metro e ir pa' un lugar distinto", se enfatiza la importancia que tiene la sensación de comenzar a realizar un cambio, independientemente que no haya claridad en relación al contenido concreto de ese cambio. En este sentido, en esta situación particular de llegada de pacientes que han desarrollado una adicción, terapéuticamente parece tener más importancia el facilitar la toma de decisiones que permita producir un cambio inicial en la situación, más que una claridad cognitiva acerca de lo que ha ocurrido y del norte hacia donde se quiere ir. Es por esta razón que toma tanta importancia el plantear, como parte del 'acuerdo', la realización de una etapa de 'evaluación' y no directamente un tratamiento. Esta forma de plantearlo permite que el sujeto pueda postergar la definición del cambio que quiere realizar para más adelante, y quedarse inicialmente sólo con el comenzar a caminar en una dirección distinta a la que estaba orientado, con el terminar un 'antes' y comenzar un 'después'. Este margen de indefinición permite que el paciente sienta que el establecimiento del 'acuerdo' inicial no anulará su posibilidad de tomar las decisiones que estime conveniente en el futuro, con lo cual se mantiene abierto el ámbito decisional del sujeto. Dado el contexto de oscilación subjetiva en que se encuentra el sujeto en este momento del proceso, el establecimiento del 'acuerdo' se puede vivenciar como una manipulación con fines gananciales, o como un 'acuerdo' que sólo será seguido parcialmente (5.2.3.2c). Esto es algo esperable y no impide en absoluto que el establecimiento del 'acuerdo' tenga los efectos buscados.

Otro punto que aparece destacado en el relato de los pacientes en relación al establecimiento de este 'acuerdo' es el que en éste participan terceros significativos. La aceptación del 'acuerdo' terapéutico inicial por parte del paciente, está influida por la presencia de estos terceros significativos. En el acto de aceptar o no aceptar la propuesta de 'acuerdo', los pacientes evalúan que se juega su "credibilidad" frente a los familiares, o la posibilidad de recibir "apoyo" de parte de ellos, para salir de la difícil situación en la que se encuentran. También influye el que, dada la situación mental "nebulosa" en la que se encuentran, la opinión de los familiares adquiere un valor especial en la búsqueda de una 'salida'. Dada la propia falta de claridad en relación al norte a seguir, la presencia y opinión de los terceros significativos aparece como un elemento de anclaje de su falta de

posicionamiento. Esta dificultad en el posicionamiento está asociada a la demanda de los deseos de consumo de sustancias, biológicamente determinada, por lo que el anclaje en el campo del Otro funciona como método de detención del movimiento hacia el consumo.

El acuerdo también puede implicar la decisión de hospitalizar al paciente, en lugar de la entrada a un período de ‘evaluación’. En la medida que la hospitalización es parte de una decisión del sujeto, ésta tendrá un efecto simbólico de importancia sobre él. Ya la entrada al recinto donde quedará hospitalizado acrecienta la impresión de un ‘antes’ y un ‘después’, marcando mucho más claramente el inicio de un camino: “y cuando se fue [el padre] y cerró la puerta, te juro que... yo no salí de la pieza, había gente afuera, pero yo no salí de la pieza hasta el otro día, y dormí, dormí, dormí y... pero era eso, al otro día desperté y dije ‘ya, estamos en proceso, partí’”. El proceso que lleva a fijar una posición en relación a su problema de consumo de sustancias va junto con un volver a hacerse responsable de sí mismo y, en este sentido, la hospitalización puede tener un efecto decisivo en algunos casos.

Si bien la participación de terceros en el establecimiento de este ‘acuerdo’ es de gran importancia, el fondo que permite que se pueda llegar al ‘acuerdo’ es el ‘saber’, por parte del sujeto, que se ‘está mal’ y que es necesario hacer algo al respecto. La existencia de una división subjetiva, con la lucha y sufrimiento que ella involucra, es lo que permite que la posibilidad de establecer un ‘acuerdo’ que incluye la detención del consumo y la obtención de ayuda para salir de la situación desesperada en la que se encuentra, se vea como oportunidad para salir de la ‘paralización’ y desgarro subjetivos en los que se encuentra el sujeto: “yo en realidad cientos de noches pensaba que estaba pa’ la cagá y que tenía que cambiar, que dejar el consumo, lo que pasaba es que a la mañana ya eso se me había olvidado, y lo único que pensaba era en ir a comprar”.

6.2.4 El período de evaluación, la ‘subjetivación’ y la detención del consumo

En el relato de los pacientes surge una descripción de las dificultades asociadas a la detención del consumo de sustancias. Esta dificultad tiene que ver, en un sentido, con las

molestias físicas relacionadas con la detención de este consumo, que van más allá del período de tiempo que pudiera considerarse propio del síndrome de abstinencia (5.2.4.1a), es decir, más allá de la ‘desintoxicación’. En otro sentido, las dificultades se relacionan con los deseos de consumir sustancias que aparecen en el paciente y que pueden llegar a ser de una intensidad importante (5.2.4.1a). Por lo tanto, el llevar a cabo y mantener la decisión de detener el consumo es algo que requiere la realización de un esfuerzo relevante de parte del sujeto. Este esfuerzo puede verse acompañado de determinados elementos terapéuticos que faciliten esta detención.

En primer lugar, es necesario resaltar que los deseos de consumo de sustancias están asociados en una medida importante a estímulos específicos. El estar en presencia de estos estímulos acrecienta la probabilidad de que los deseos aparezcan y con esto, que el sujeto vuelva a consumir la(s) sustancia(s). El realizar acciones que minimicen la exposición a los estímulos es algo que aparece en el relato de los pacientes (5.2.4.1c). Al abordaje terapéutico que se preocupa de minimizar la exposición del sujeto a los estímulos que para él son relevantes se le ha llamado, desde la perspectiva cognitivo-conductual del tratamiento de adicciones, “prevención de recaídas”. En este caso sería, en particular, la prevención de recaídas en relación a los estímulos de alto riesgo externos. Este es un ámbito de trabajo terapéutico que resulta esencial de tener en cuenta al momento de plantearse la detención del consumo de sustancias por parte del sujeto. Es relevante que el sujeto pueda ir identificando cuáles son los estímulos que para él son significativos en términos de elicitar los deseos de consumo, de manera de realizar acciones para evitar su exposición a ellos.

Para que esto se pueda realizar es de primera importancia que el sujeto pueda reconocer la aparición de deseos de consumo. La identificación de los deseos de consumo permite que se tome la distancia suficiente como para poder enfrentarlos en lugar de ceder a ellos (5.2.4.1c). Esto no es trivial, ya que los deseos de consumir sustancias muchas veces aparecen de formas no tan intensas y poco explícitas, como puede ser a través de cambios en el humor, ideas muy fugaces relacionadas con las sustancias, recuerdos, sueños, etc. Sólo en algunas oportunidades aparece la sensación clara de tener deseos de consumir, lo

que se ha llamado el ‘craving’ que, generalmente, es la culminación de un proceso que se ha dado en el tiempo, mucho más sutil. La posibilidad de reconocer estos deseos de consumo tiene una dificultad particular.

Desde un punto de vista de los mecanismos psíquicos presentes en la adicción, planteados en el presente estudio, el gran obstáculo que se opone al reconocimiento de los deseos de consumir sustancias es el que en el sujeto sigue operando el mecanismo de escisión del yo revisado en los apartados anteriores. Es decir, frente a la aparición de deseos incipientes de consumir sustancias se tiende a poner en marcha la escisión del yo llevando a que todo lo relacionado con los deseos de consumir las sustancias comience a funcionar en ‘paralelo’ a las representaciones habituales del sujeto. Es este funcionamiento en paralelo lo que aumentará las probabilidades de la vuelta a consumir por parte del sujeto. En este sentido, la técnica de identificación de los deseos y de los estímulos asociados a ellos, con la consiguiente conducta de no quedar expuesto a algunos de estos estímulos de manera de que no se eliciten las asociaciones, es necesario situarla en un contexto mayor que permite un mejor entendimiento de la situación psíquica. Este contexto sería el de un sujeto que oscila entre operar desde el S1, desde el efecto sujeto, y un intentar ‘borrarse’ en su estructura de sujeto recurriendo a la sustancia. Como se planteaba anteriormente en este capítulo, en el apartado 6.1.3, esto lleva a que en los períodos intermedios el sujeto utilice el mecanismo de la escisión del yo, con el fin de poder satisfacer ambas demandas. Es en el contexto de esta dinámica que el sujeto debe aplicar las técnicas relacionadas con la “prevención de recaídas”. Es decir, más allá de ‘conocer’ los estímulos asociados a los deseos de consumo, o de desarrollar “creencias control” que contrarresten las “creencias básicas asociadas a las drogas”, o de ‘saber’ lo que conductualmente debe hacerse frente a los estímulos de riesgo, el sujeto debe estar dispuesto a tomar una decisión en relación a su consumo de drogas. Esta toma de decisión dependerá del lugar desde donde el sujeto se esté ubicando para enfrentar la problemática, e implica el poder sobrepasar el mecanismo de la escisión del yo y lograr que se estabilice en su operar desde el S1. Es decir, el involucramiento del sujeto en una toma de posición es el eje en torno al cual es posible poner en marcha algunas técnicas que tomen en cuenta el ámbito de ‘aprendizaje’ asociado al consumo de sustancias y

permitan evitar las recaídas. Sin este involucramiento, las técnicas no pasan de ser recursos instrumentales sin eficacia, mera tecnología. En la medida que se produce este involucramiento subjetivo, propio del remontaje de la estructura del sujeto, el seguir pautas relativas a las conductas a evitar, como parte de la prevención de recaídas, es algo que no necesariamente es vivido como una imposición. De hecho puede ser vivido como un “alivio” desde el punto de vista del paciente, en la medida en que lo siente como una ayuda a una decisión que él está tomando (5.2.4.1c). Por otra parte, de no producirse una disminución de la puesta en marcha del mecanismo de la escisión del yo, se corre el peligro de que el sujeto sólo esté hablando desde identificaciones imaginarias. Esto puede llevar a que se produzcan ‘giros’ en la posición del sujeto que lleven a la deserción, como se puede leer en el relato de los pacientes cuando enfatizan la importancia de haber ido a consultar rápidamente (5.2.2c), antes que la rueda volviera a girar; o cuando hacen referencia al cambio de pensamiento que puede producir una recaída (5.2.4.1g); o cuando los deseos de consumo provocan un cambio de pensamiento y una consiguiente paralización de la acción (5.2.1.2b). Es necesario tener en cuenta, entonces, que la toma de decisión de consumir o no consumir se da en un contexto en que lo central es mantener el montaje de la estructura subjetiva, lo que se diferencia radicalmente de sólo evaluar el “carácter de la decisión” cuando el sujeto parece estar exponiéndose más de lo esperable, como se plantea desde el abordaje cognitivo.

En este sentido, desde una perspectiva terapéutica, será esencial entender desde qué lugar es que el sujeto está siguiendo las recomendaciones ‘tecnológicas’ del terapeuta. Lo decisivo será distinguir si el sujeto está operando desde una identificación imaginaria con el fin de producir un efecto en el campo del Otro, o si efectivamente se trata de una aparición del lugar desde donde el sujeto *se mira*, lo que se podría insertar en el movimiento de ‘subjetivación’ que permite pasar a la ‘localización subjetiva’. Esta distinción sólo es posible de realizar a partir del discurso del paciente y de una escucha que permita localizar al sujeto como parte de un proceso orientado hacia una rectificación subjetiva. Desde este punto de vista, la orientación del psicoanálisis sería la que permitiría dar cuenta del contexto en el cual se está llevando a cabo la técnica de las

intervenciones. La escucha analítica es la que permite acceder al campo del ‘efecto sujeto’, campo decisivo al momento de la toma de decisiones.

En los tratamientos de pacientes que han desarrollado una adicción, la distinción realizada en términos del lugar desde donde se toma la decisión, permitiría entender un hecho que se describe sucede en los tratamientos de comunidades terapéuticas, en los cuales hay un alto nivel de deserción, pero con un tercio de los sujetos que abandonaron el tratamiento buscando ser readmitidos. Esto también se ve en los planteamientos que sostienen que los pacientes requerirían pasar varias veces por el proceso de tratamiento antes de recuperarse. En la medida que no se distingue el lugar de la identificación imaginaria, el lugar donde el sujeto *se ve*, del lugar desde donde el sujeto *se mira*, es muy probable que las intervenciones se dirijan a fortalecer el lugar de la identificación imaginaria desde donde el sujeto está tomando aparentemente la decisión. Si bien esto tiene algún efecto, la escisión del yo sigue operando, lo que lleva a que en cualquier momento la identificación ‘gire’ y se produzca la deserción, más allá de los efectos imaginarios de grupo o ideológicos que se haya intentado instalar.

Un segundo elemento terapéutico que habría que resaltar en el proceso de ayudar al sujeto a conseguir y mantener la detención del consumo, es el uso de fármacos. Siguiendo la lógica anteriormente planteada, este uso se debe realizar involucrando al paciente en la decisión, abriendo el sentido del uso de los fármacos que se considere necesarios. Este no debe ser un ámbito que quede en el plano de ‘lo médico’, ya que todos los elementos involucrados en el tratamiento deben quedar abiertos al ámbito decisional del sujeto, más allá que las elecciones específicas puedan considerarse parte del conocimiento médico. Como veíamos en el capítulo uno, el uso de psicofármacos puede cumplir diversas funciones en el apoyo de la detención del consumo. En términos del conseguir la detención del consumo en los primeros días, el uso de fármacos puede servir como una forma de aminorar las molestias propias del síndrome de privación. Esto es algo que se puede realizar tanto ambulatoria como hospitalizadamente. En relación al mantenimiento de la detención del consumo, los fármacos pueden utilizarse para actuar sobre sintomatología que, no derivando directamente del consumo de sustancias, pueda generar

condiciones que favorezcan el recurrir a las sustancias. También en el sentido del mantenimiento de la abstinencia, los fármacos se pueden utilizar como una manera de disminuir el craving, disminuyendo así la probabilidad de recaídas. Otra forma de utilizarlos sería con el fin de impedir el consumo de sustancias, vía la producción de un efecto de malestar físico en la medida que se combinan con la ingesta de la sustancia, lo que se ha llamado la función sensibilizante de algunos fármacos. Típicamente es el caso del uso del disulfiram, que al inhibir el funcionamiento de una enzima que participa en el proceso de metabolización del alcohol, produce una intoxicación en la medida que se ingiere alcohol. Este último caso del uso de fármacos es especialmente interesante al momento de situar las intervenciones terapéuticas en el período de ‘evaluación’. Tomando el ejemplo del disulfiram, es necesario recalcar que será muy diferente usarlo en forma de implante subcutáneo, que usarlo de modo oral. En el primer caso el ámbito de la decisión se cierra para el sujeto, ya que queda de ‘manos amarradas’ frente a la posibilidad de consumir alcohol. No puede decidir nada, ya que el dispositivo ya está colocado y sólo le podría quedar esperar a que esta situación termine para volver a plantearse el problema. En el caso del uso oral del fármaco, el sujeto podrá decidir día a día si toma o no el fármaco, con lo cual éste cumple la función de postergar la decisión por 24 o 48 horas. La postergación de la decisión lo mantiene dentro del ámbito de tener que posicionarse frente al eventual consumo de alcohol. La ventana de tiempo que se tiene que dar entre el decidir tomar alcohol y la posibilidad de hacerlo, permite que se abra la oportunidad para que vuelva a reaparecer el lugar desde donde el sujeto *se mira* y así se decida continuar con la detención del consumo. También en el caso del uso de fármacos, lo relevante será el contexto subjetivo en el cual estos se usen, contexto subjetivo que debiera orientarse a la emergencia del efecto sujeto.

Un tercer elemento que aparece en el relato de los pacientes entrevistados como importante al momento del mantenimiento de la detención del consumo de sustancias, es el apoyo de terceros (5.2.4.1b). Los sujetos entrevistados aluden a i) un aspecto de ‘compromiso emocional’ involucrado ii) un aspecto de apoyo a la detención del consumo, a través de conductas prácticas iii) un aspecto de ‘compañía emocional’ iv) y

un aspecto de mantenimiento de la posición de los terceros frente a sugerencias de romper el acuerdo por parte del paciente.

Según el relato de los pacientes, la participación de terceros en el período de ‘evaluación’ se transforma en algo esencial para poder cumplir con el acuerdo. Las decisiones iniciales se tomarían, en buena medida, con el fin de salir de situaciones extremas. En este sentido, el dejarse llevar por otros, permitiría acoplarse a las decisiones de éstos en los momentos difíciles. Durante el período de evaluación, los otros participarán tanto con ayuda práctica, como acompañando al sujeto para que no esté solo en los tiempos libres, como con ayuda dirigida a sostener la posición desde la cual el sujeto está manteniendo su decisión de detener el consumo. Esto último puede traducirse en, llegado el momento, simplemente mostrar el desacuerdo de que el sujeto vuelva consumir la sustancia. Esta necesidad de ‘dejarse llevar’ por otros por un período de tiempo hasta que se establezca el lugar desde donde el sujeto toma una decisión, parece ser lo que está a la base del principio de A.A. que establece que “los alcohólicos requieren la ayuda del Poder Superior para alcanzar y mantener la sobriedad”. La diferencia estaría en que en el ‘dejarse llevar’ por otros no es necesario el sumarse a una visión de mundo particular. Simplemente se toma la posibilidad de, temporalmente, apoyarse en los vínculos con terceros significativos, sin necesidad de involucrar visiones ideológicas o religiosas. Es, justamente, el intento de ‘afirmar’ al sujeto a través de un dejarse representar por visiones de mundo lo que hablaría de una búsqueda de anudarlo a identificaciones imaginarias que funcionen como sostén de la posición. Entonces, si bien en ambos enfrentamientos se reconoce la necesidad de apoyar parcialmente la capacidad de decisión, en una salida se intenta que el sujeto vaya resituando las representaciones de sí mismo como parte del proceso de ‘subjetivación’ y en la otra, en cambio, se le ofrece una representación ‘ya hecha’ en el ámbito social-cultural. El apoyo desde el sistema, entonces, no debe buscar la asimilación del sujeto a las representaciones propias de ese sistema, sino que debe utilizarse con el fin de que el sujeto consiga el mantenerse sin consumo de sustancias como una forma de generar las condiciones de un resituarse subjetivamente, tal como se planteaba en el apartado anterior. Este movimiento requerirá que se ponga especial atención a la tendencia del sistema a darle al sujeto un lugar predeterminado desde sus

propias pautas relacionales. En este sentido, el sistema terapéutico deberá favorecer la reemergencia del efecto sujeto, el volver a operar desde el S1, en lugar de buscar un S2 del sistema familiar o social que lo definan con un 'nuevo nombre' que lo adapte al funcionamiento propio del sistema.

La hospitalización del paciente es la medida más extrema a realizar con el fin de lograr la detención del consumo de sustancias. En términos de costos es, por supuesto, la más cara. Hay un grupo de pacientes que no logra llegar a detener el consumo durante el período de evaluación, o que en el momento de la entrada se evalúa que las probabilidades de que lo haga son muy bajas o a costa de riesgos relevantes. En ambos casos, es importante que también esta medida, a pesar de ser la más extrema, pueda darse en el contexto de una decisión del sujeto. Esto es algo que aparece resaltado en el relato de los pacientes (5.2.3.2e), especialmente cuando se da como parte del período de evaluación. En este caso, la decisión de hospitalización se convierte en el paso natural a ser dado, ya que no se ha logrado detener el consumo ambulatoriamente como parte del 'acuerdo'. Incluso esta medida terapéutica, entonces, podrá realizarse en el contexto de una búsqueda de la reaparición del efecto sujeto. En la medida que se realiza en este contexto, el significado de lo que sucede en el período que dure la hospitalización será muy diferente que en el caso en el cual el paciente 'es hospitalizado' en calidad pasiva.

Desde un punto de vista psicoanalítico, la realización de un 'acuerdo' que incluya la detención del consumo de sustancias es algo que ya parece ir en contra de la 'neutralidad' propia de un abordaje de este tipo. El que luego, en el período llamado de 'evaluación' se incluya acciones orientadas a ayudar en la detención de este consumo e incluso en su control, puede llegar a confirmar, en forma definitiva, que se ha salido de la lógica del psicoanálisis. Sin embargo, en la medida que se contextualizan las manifestaciones psicopatológicas y el abordaje terapéutico en la cultura y relaciones económicas de hoy, se hace claro que las intervenciones terapéuticas deberán adaptarse a estas nuevas condiciones. Como se veía, la orientación del capitalismo está acompañada por una técnica y una ciencia entregadas a la producción desenfrenada de objetos destinados al mercado. Esto conduce a la ilusión de que una verdad formal, asociada a la escritura

científica y al cálculo podría conducir a agotar el problema de la verdad, a dar una respuesta definitiva. En los sujetos que han desarrollado una adicción, esto se manifiesta en el consumo de las sustancias que mejor produzcan el efecto de borramiento del sujeto, la salida del plano del efecto sujeto y, por lo tanto, de la pregunta acerca de la verdad, con el mayor placer asociado y los menores costos posibles. La salida de la adicción, entonces, deberá implicar la reaparición de la dimensión del cuestionamiento por la verdad en el sujeto, lo que necesariamente implica la reaparición de la dimensión de la palabra. En cierto sentido, esta reintroducción de la verdad y el sentido intentaría contrarrestar la “influencia totalitaria” (Miller, 2000) de la hegemonía científico-capitalista. Una alternativa a la aproximación psicoanalítica sería el recurrir al ámbito religioso o ideológico para darle lugar a la verdad que intenta ser agotada por la ciencia, en este caso desde una cosmovisión. Esto explicaría el que tanto en A.A. como N.A. se recurra a un Poder Superior, o que en los tratamientos realizados en centros basados directamente en la religión sea mejor el pronóstico desde el punto de vista de la detención del consumo, en los sujetos que adoptan el estilo de vida de la religión particular. Otra alternativa sería, a partir de la misma ciencia, buscar abordajes terapéuticos que, sin abrir el cuestionamiento sobre la verdad, intenten conseguir una mayor adaptación a la ‘realidad’ por parte del paciente. Este sería el plano de la aplicación ‘tecnológica’ de herramientas, sin considerarse al sujeto como ‘punto’ desde el cual se está *mirando* y tomando decisiones.

La forma de estructurar los abordajes terapéuticos debe tener en cuenta que el síntoma cambia a través de las épocas históricas, lo que implica que el psicoanálisis tenga capacidad de reacción frente a estos cambios. Esto obliga a una flexibilidad en la apreciación de los fenómenos, junto a una claridad en los conceptos que permita la “puesta a punto” del síntoma de la cual habla Miller (2005). Esta puesta a punto del síntoma obliga a entender que algunos de los síntomas actuales puedan presentar una estructura distinta de la histórica, estructura que pudiera, por ejemplo, salirse del plano del sentido y del mensaje cifrado. De esta situación será necesario desprender intervenciones terapéuticas que logren volver a ubicar el cuestionamiento de la verdad sobre la mesa, lo cual implicará maniobras previas que saldrán del método psicoanalítico

propriadamente tal, como se ha discutido en este apartado. Un punto especialmente sensible a la perspectiva psicoanalítica en este sentido, es el no transformarse en un nuevo ideal, impuesto gracias a la transferencia, para el sujeto. Los conceptos de sugestión y neutralidad entran en juego en esta temática. La pregunta sería si un abordaje terapéutico, por incluir la noción de adicción (o abstinencia), implicaría un intento de reimponer los ideales culturales amenazados por la adicción. La perspectiva de la reducción del daño parece haber derivado en esta línea de pensamiento, es decir, como una perspectiva que intenta rescatar la libertad de los sujetos con un consumo problemático, para poder definir desde sí mismos la forma en que enfrentarán sus dificultades. Habría que preguntarse si esta perspectiva no se enmarca, más bien, en la tolerancia a las pequeñas diferencias que no deja ver las diferencias grandes y relevantes, que puede ser entendida en la lógica de ‘segmentación’ de los mercados.

En la medida que se considera que el central elemento de la escisión del yo es efecto de un deseo de consumo de sustancias auto-perpetuado por la misma ingesta de las sustancias, sería coherente el intentar que el sujeto entre en un proceso de fijar una posición en relación a su consumo de sustancias, lo que junto a una eventual detención de este consumo pueda constituirse como un primer paso para reducir el mecanismo de la escisión del yo y así generar las condiciones para un eventual proceso terapéutico. En este sentido, la operación terapéutica a realizarse tendría que ir en la línea opuesta a lo que intenta realizar el consumo de sustancias, es decir, lograr que el sujeto vuelva a operar desde el S1, de forma que vuelva a establecerse la dimensión del sujeto. Esto, que inicialmente puede parecer contrario al norte psicoanalítico, dado que desde esta perspectiva se plantea como dirección la caída de las identificaciones, es en realidad una maniobra inicial necesaria para que el sujeto pueda entrar en un ámbito que permita una eventual entrada en un proceso. Sería como una detención del ‘cortocircuito’ hacia el objeto del que distintos autores han hablado. Se intentaría ir desde el objeto (que no es ‘objeto a’, sino objeto del mercado común) hacia el significante, como primer movimiento. Sería una forma de detener la respuesta en el plano de la ‘solución del soma’ que implica el recurrir al consumo de las sustancias. El dejar de dar ese tipo de solución podría posibilitar la aparición de un cuestionamiento desde una lógica que deje

de buscar romper con la significación fálica, y pueda llevar al sujeto a buscar una salida distinta, vía la palabra. El dejar de recurrir a las sustancias implica, por el anclaje biológico de la respuesta, el impedimento de seguir dando la respuesta vía soma, quedando como alternativas, si seguimos el planteamiento de Tarrab, las soluciones del fantasma y del síntoma. De esta manera, esto podría transformarse en una forma de facilitar el tránsito hacia un cambio de orden mayor en la relación del sujeto con las faltas que lo marcan. Al detenerse el recurso al intento de ruptura con el plano de la significación, el sujeto tendrá la posibilidad de quedar en entredicho nuevamente. De mantenerse en un mediano plazo, esto abre las puertas para una eventual reorganización a nivel de las respuestas del sujeto. No hay duda, y clínicamente es posible encontrarlo, que el sujeto, a partir de esta posibilidad, podrá aventurarse en una solución distinta o podrá confirmar y repetir su respuesta vía soma una vez más. En esta ruptura con la significación fálica no hay un efecto de sentido, y por eso tampoco se podría pensar en la adicción como un síntoma.

De lo que se trata, entonces, al momento de pensar un abordaje psicoanalítico de pacientes que han desarrollado una adicción, es de integrar diversas técnicas en una lógica que tenga como objetivo generar las condiciones para la emergencia de la dimensión del sujeto del inconsciente. El punto no está en el apegarse ciegamente a elementos, que podrían considerarse formando parte de la ‘táctica’ o de la ‘estrategia’ para definir la forma del abordaje, sino en no perder de vista la ‘política’ a la cual se adscribe. Incluso en los planteamientos freudianos es posible encontrar elementos orientados en esta dirección. En el apartado 3.1 veíamos que ya Freud formulaba el “principio de abstinencia” como una condición para que el paciente tuviera el impulso, la fuerza psíquica, para poder llevar adelante el proceso analítico. De lo contrario, las mejoras y satisfacciones encontradas en la realidad podrían hacer que desistiese del esfuerzo que requiere la labor analítica. Es decir, si el paciente encuentra un nuevo equilibrio libidinal, probablemente dejará la labor. Freud no estaba haciendo alusión, por supuesto, a la abstinencia en el sentido del consumo de sustancias químicas. Sin embargo, es posible aplicar el principio a este tipo de situación clínica, sin necesidad de forzar el razonamiento. Nadie dudaría que, en la situación de adicción, el paciente encuentra en la

droga una forma de satisfacción que se ha transformado en central en su vida. Es parte de la definición de adicción. Desde este punto de vista freudiano, no parece posible que puedan aparecer y mantenerse las “fuerzas” implicadas en un tratamiento, en la medida que no haya un desequilibrio en la situación de satisfacciones previa. Con la ayuda del efecto de las drogas, la “inercia” psíquica no lograría ser levantada y el peso del objeto obstaculizaría la entrada en el proceso de la asociación libre que busca una nueva significación. El recurrir al consumo de drogas, en el caso de la adicción, haría las veces de tapón al cuestionamiento necesario en la vía psicoanalítica. Es decir, desde los señalamientos freudianos sería razonable pensar que la droga en el estado mental adictivo cumple una función que sería necesario desmontar para dar pie al trabajo analítico. Como veíamos en el capítulo tres, Freud se pregunta, a través de la noción de “actividad del analista”, sobre la posibilidad de modificar la constelación externa del paciente como una manera de llevar al paciente a una situación psíquica más favorable para trabajar con el conflicto psíquico. Como respuesta, valida expresamente la alternativa de hacerlo, poniendo como ejemplo la posibilidad de influir sobre el paciente agorafóbico para que salga a la calle, o la posibilidad de realizar maniobras con el fin de acelerar el proceso terapéutico en el obsesivo de manera que no se eternice. Lo importante en estas maniobras técnicas es el que el terapeuta no se ubique en el lugar del ideal a seguir por el paciente, es decir, que la maniobra se realice con el fin de favorecer el avance del paciente hacia una situación en que pueda trabajar con el método analítico propiamente tal. En este sentido, este razonamiento freudiano sigue la misma idea de la dimensión de sugestión de la transferencia como una dimensión válida, en la medida que tenga como norte facilitar el trabajo analítico por parte del paciente. Este sería el caso en el abordaje inicial de pacientes que han desarrollado una adicción. Los elementos técnicos no psicoanalíticos involucrados, la incorporación de terceros o la petición de detención del consumo, es necesario entenderlos como maniobras que intentan abrir un espacio subjetivo compatible con el método psicoanalítico. El enmarcarse en esta política será lo que le dé la característica de psicoanalítico al proceso.

La legitimidad del recurrir a otros elementos distintos del método psicoanalítico propiamente tal, en el caso del abordaje de los pacientes que han desarrollado una

adicción, es algo que también puede observarse en algunos autores lacanianos, como se veía en el capítulo dos. Es así, como Le Poulichet reconoce que el analista puede demandar al paciente que se de la situación para que el “trabajo sea posible”, de manera que esté “en condiciones” para hablar de sí mismo en las sesiones. Incluso reconoce que, en algunos casos, sería necesario recurrir al apoyo del círculo familiar o a la estadía en una institución. También otros psicoanalistas lacanianos hablan de velar por la condición de aparición de los decires, dejando entrever que el dispositivo analítico pudiera sufrir variaciones. Sin embargo, el tema parece seguir siendo abordado de forma poco explícita y decidida.

De todas formas, más allá de la manera en que se defina el tipo de abordaje conceptualmente, la existencia de una lógica de trasfondo sería necesaria siempre, con el fin de poder realizar intervenciones con consistencia interna. En este sentido, es la estructuración de los diversos elementos a ser utilizados sobre un eje lo que se echa de menos en los modelos integradores propuestos, o en los “principios orientadores” para organizar una intervención propuestos por el NIDA. Al momento de proponer una forma de abordaje terapéutico no se trata de hacer una mera ‘sumatoria’ de elementos que tienen una base empírica. De lo que se trata es de poder definir una ‘lógica’ que guíe la estructuración jerárquica y dinámica de estos elementos terapéuticos. La tendencia a la propuesta de sumatorias parece bastante ligada con cierta forma de investigación de las intervenciones terapéuticas que, debido a aspectos metodológicos, dificultan el estudio de ‘lógicas’ de intervención.

El movimiento de ‘subjektivación’ es posible de ser pesquisado en diversos elementos que aparecen asociados al período de ‘evaluación’. Por una parte, está el ya mencionado ‘rearmado’ del sujeto muy influido por la detención del consumo y por el haber tomado una decisión de detenerlo (5.2.4.2a). El paciente siente que vuelve a ‘reaparecer’, vuelve a ocupar un lugar en el campo del Otro, recupera capacidades cognitivas y deseos por llevar a cabo sus intereses. Por otra parte, también comienza a producirse un resituarse en su propia historia (5.2.4.2b), en sus propias representaciones. Los sujetos lo expresan, por ejemplo, diciendo “como yo nací tomando [...] los que no toman son bichos raros [...] si

das vuelta dos páginas para atrás en mi vida, en mi familia todos toman mucho, la mayoría son adictos claramente al alcohol”. Aquí se ve cómo en el acto de decidir detener el consumo del alcohol y llevarlo a cabo por unas semanas, se juega toda una resignificación del lugar que ocupa el sujeto en su familia de origen. El sujeto, en las sesiones individuales irá desplegando un decir en torno al significado del acto que está realizando, que permitirá que vaya pasando del dicho al decir. Pero para eso era necesario un primer paso, que va del hecho al dicho. Del estar tomando alcohol al dicho sobre la detención del consumo (o sobre el consumo, si pensamos en el proceso de la ‘entrada’). En este caso, la localización del sujeto en su decir, requiere un primer paso del hecho al dicho. Otro paciente se refiere al proceso de detención del consumo de sustancias durante el período de evaluación como un tener que “terminar algo que había empezado, cuando en mi vida empecé miles de cosas y nunca las terminé”. El nunca terminar nada ha sido a pesar de siempre haber sido visto como una persona capaz, con potencialidades, “yo era como el crédito del equipo, como Salas cuando llegó a la U, con más pergaminos que la chucha, pero puras lesiones, puros pergaminos no más, pero en la cancha no pasa nada. Y ese fue como mi karma durante toda mi vida”. El iniciar un proceso de tratamiento y lograr dejar de consumir las sustancias, se inserta en una historia de vida que abre la posibilidad de poder ser resignificada a partir de esta circunstancia. Desde un punto de vista psicoanalítico, lo importante es mantener un espacio en que el sujeto pueda comenzar a desplegar un decir libremente. En ese sentido, si bien se espera que conductualmente cumpla con el ‘acuerdo’ en el sentido de intentar detener el consumo de sustancias, su decir sobre esta detención, o eventual interrupción de ella, debe quedar en el plano de la libertad y no de la adecuación a un discurso oficial. Por ejemplo, el paciente podría decir “paré de consumir y con ello se me ha abierto una nueva perspectiva”, o decir “paré de consumir y encuentro que es una tontera hacerlo”, o “paré de consumir y no me ha costado nada, tal como dije, ya que no tengo un problema de este tipo”, etc. De lo que se trata, entonces, es que se pase a la esfera del decir, para desde allí poder comenzar la localización subjetiva. En la medida que son ‘terceros’ los que están solicitando la consulta, estos dichos tendrán que ser sostenidos frente a ellos, en una instancia terapéutica distinta. En este sentido la presencia de estos ‘terceros’ podrá jugar un rol fundamental en la toma de distancia con respecto a estos dichos iniciales del

paciente. Es a raíz de esto que puede ser de gran relevancia el incluir intervenciones familiares en este primer período de consulta. La participación de personas significativas en la vida de la persona, en instancias terapéuticas diferenciadas de las entrevistas individuales, se podrá convertir en un factor que generará las condiciones para la facilitación de la rectificación de las relaciones con la realidad de parte del sujeto. Específicamente, sería necesario poder entender las dinámicas que facilitan el no cuestionamiento de la situación por parte del miembro que ha desarrollado la adicción, es decir, la temática que cae bajo la denominación de ‘codependencia’. La experiencia clínica y los estudios empíricos muestran que sin este cuestionamiento desde el exterior se hace muy poco probable, dado el anclaje biológico de la adicción, el que el cuestionamiento del sujeto pueda mantenerse lo suficiente en el tiempo como para permitir la apertura de una nueva respuesta subjetiva. Pareciera necesario, en muchos de los casos, un período de tiempo durante el cual este cuestionamiento externo sostenga parcialmente la decisión de detención del consumo del paciente, facilitándole el abandono de la solución vía soma.

En el caso de un paciente que ha desarrollado una adicción, sería necesario que tomara una posición frente a la ‘realidad’ de su compulsión a consumir las sustancias, ‘realidad’ de su organismo, en la medida que se acepta la explicación biológica para ese segundo tiempo del consumo. Desde el punto de vista del proceso de ‘subjetivación’, el sujeto decidiría considerar su consumo de sustancias como algo por lo cual tiene que responder, algo de lo cual se hace responsable. Previo a hacer el ‘supuesto del inconsciente’, el sujeto que ha desarrollado una adicción tendrá que hacer el ‘supuesto’ de la adicción como algo que lo está determinando biológicamente. El sujeto, en lugar de reconocerse en las formaciones del inconsciente, en esta primera etapa, deberá reconocerse en su forma de responder al cambio biológico que se ha producido. En el período de ‘evaluación’, se podría aspirar a que se dé la etapa de la ‘localización subjetiva’, propia de las entrevistas preliminares, aunque no la ‘introducción al inconsciente’. La localización subjetiva habría que entenderla como el encontrarse concernido en lo que se dice respecto del sufrimiento que lo causa. Lo que se ha llamado ‘introducción al inconsciente’, en cambio, implicaría que se instalara la transferencia como Sujeto

Supuesto Saber, es decir, como una promesa de significación avalada por el analista. El proceso analítico implica un acto de fe en la racionalidad de todo lo que se produce, a partir del cual el analizante trabaja. La causa ya no es cualquiera aquí, es una causa relacionada con un sentido desconocido para el sujeto. Esto es algo que en el caso de las adicciones no sería posible instaurar en este momento del proceso, ya que el planteamiento del axioma ‘todo tiene una causa’, en el plano del decir, por parte del analista, no alcanzaría a hacer el contrapeso a la tendencia a desmontar la estructura del sujeto desde los deseos de consumo. Haría falta una suficiente distancia biológica con respecto a la sustancia, para que vía el significante de la transferencia el sujeto llegue a plantearse una pregunta que lo represente en su posición subjetiva, en su sufrimiento, y que esta pregunta tenga la suficiente fuerza como para dar inicio a un proceso basado en la promesa de significación.

Este período que incluye la detención del consumo, por lo tanto, no habría que situarlo desde un punto de vista del logro de un ideal (aunque algo de esta dimensión pueda estar en juego desde la demanda de la familia), sino como parte de un primer paso en la dirección de una posible entrada en un proceso analítico. Se ha señalado que a la insistencia de la repetición del goce que se da en la toxicomanía, es necesario agregar un significante que encadene a este goce, que produzca un corte en él obteniendo su localización y la representación allí del sujeto (Tarrab, 2000g). Un significante que pudiera encadenar inicialmente este goce no fantasmático podría ser uno que permitiera categorizar lo que está sucediendo desde un punto de vista de la relativa pérdida de control que acontece más allá del sujeto. Esta categorización podría permitir una emergencia del sujeto en la medida que se produce una separación del arrastre hacia lo biológico. Por otra parte, si no se produjera el efecto ‘compulsión’ habría muy pocas razones para que un sujeto se cuestionara esta solución vía soma. Estaríamos, definitivamente, ahora, en el mundo feliz de Huxley. El elemento que en la práctica clínica se convierte en un factor central al momento de comenzar algún tipo de tratamiento con un sujeto que ha desarrollado una adicción, es justamente el que su respuesta se le ha ‘escapado de las manos’. Esto es lo que muchas veces ha llevado a reaccionar al medio (familiar, laboral) e intentar que el sujeto ‘se trate’. La aparición de

este efecto indeseado, con consecuencias la mayoría de las veces altamente costosas en los distintos ámbitos, es lo que puede llegar a funcionar como un pivote que permita un cuestionamiento de la elección de solución por la que se ha optado.

El proceso que envuelve el período de ‘evaluación’ incluye el que el ‘acuerdo’ inicial se vaya resignificando (5.2.4.1e). Este ‘acuerdo’, por lo tanto, es necesario entenderlo como un punto de referencia desde el cual se podrá hablar acerca de lo que está sucediendo, y no como un punto instalado fijamente. Los pacientes relatan, por ejemplo, que como parte del proceso de evaluación se ‘vuelve’ a tomar la decisión de detener el consumo, pero ahora “de verdad”; o que se produce una mayor “entrega” hacia la demanda de los familiares y el objetivo de salir del consumo de drogas; o que se produce un mayor ánimo para enfrentar el “camino”. Esto también puede ir junto a una reaparición de la esperanza de poder tener un vida distinta, en lo cual influye una sensación de mayor compromiso y claridad de los objetivos por parte del paciente (5.2.4.1d): “ser capaz de sacarlo adelante”, “convicción muy profunda”, “pasa a ser como algo tuyo”. El recuerdo de situaciones traumática también juega un papel, en el sentido de no querer volver a ellas (5.2.4.1d). Por otra parte, el ‘acuerdo’ también puede colocarse en duda. En esto influyen los deseos de consumo que pueden llevar a cambiar el lugar desde donde se están tomando las decisiones. El efecto de las recaídas parece poder ir tanto en la dirección de confirmar el acuerdo como de incentivar su quiebre.

Desde un punto de vista del psicoanálisis, entonces, sería necesario poder entender el ‘acuerdo’ que incluye la detención del consumo y los elementos técnicos útiles para permitir esa detención, como parte de un proceso de ‘subjektivación’. Se espera que se produzca una influencia mutua entre ambos procesos, ayudados por la mediación de terceros significativos para el sujeto. Este proceso implica la puesta en marcha de diversas instancias terapéuticas, y se convierte en una alternativa de abordaje psicoanalíticamente orientado, pero que integra la búsqueda de una salida al problema específico del consumo adictivo de sustancias como parte de un mismo proceso. Al comprender la salida del consumo de sustancias como parte de una decisión que

involucra a un sujeto, deja de ser razonable el pensar en tratamientos ‘separados’, uno psicoanalítico y otro para la adicción.

Desde el psicoanálisis, entonces, la tendencia de propuesta terapéutica a partir de la década del 60’, fue la de intentar modificar los elementos estructurales, con base en el desarrollo infantil, que estarían explicando el recurrir del sujeto a las sustancias químicas. En los últimos años y probablemente por predominancia de la investigación sobre resultados en psicoterapia, se ha vuelto a una idea ya presente en las décadas de los 20’ y 30’, aunque reforzada y refinada desde los avances de la investigación biológica. Esta idea es la de la adicción como una ‘enfermedad’ autónoma, es decir, como una patología en el ámbito de lo dual, en lugar de un síntoma de fallas estructurales. Desde esta perspectiva, se formula, sin abandonar el supuesto de una falla en la estructura psíquica como co-participante del cuadro, el que ambas patologías habría que tratarlas en sí mismas siendo sus pronósticos mutuamente dependientes. En este sentido, lo que se sugeriría sería un tratamiento ‘para la adicción’, que funcionara en forma previa y, después de un tiempo, en paralelo con el tratamiento psicoanalítico orientado a las fallas en la organización psíquica. A este cuadro habría que agregar los planteamientos lacanianos que, sacando la adicción del plano del ‘síntoma’ y colocándola en el plano de una ‘elección’ del sujeto, mantienen la idea de la adicción como psíquicamente determinada, sin considerar la ‘autonomía’ relativa que adquiere el plano de lo biológico en ella. Los planteamientos revisados en este apartado intentan situarse en un punto de vista que, validando la autonomía relativa adquirida por la adicción desde la biología, enfatice la dimensión de ‘decisión subjetiva’ involucrada en la salida de la problemática de la adicción. Es decir, se afirma la imposibilidad lógica de dividir los tratamientos en un aspecto ‘para la adicción’ y un aspecto ‘psicoanalítico’, ya que la dimensión del sujeto del inconsciente se considera esencial en el entendimiento y el abordaje del paciente que ha desarrollado una adicción. Es a la reaparición del ‘efecto sujeto’ que deben estar orientadas todas las intervenciones terapéuticas que, de esta manera, más allá de las formas y técnicas no psicoanalíticas que adopten, podrán entenderse dentro de la ‘politica’ trazada desde la perspectiva psicoanalítica. En este sentido, se estará fomentando el cuestionamiento de la ‘elección’ frente al problema de la castración

realizada por el sujeto, pero reconociendo que para ello es necesario recurrir a estrategias de intervención basadas en el hecho clínico que esta 'elección' se hizo parcialmente 'forzada', instalándose una situación que es necesario distinguir por características particulares.

Bibliografía

- Abbot, S.** (1985). *Codependency, a Second Hand Life*. Center City Minesotta: Hazelden.
- Abraham, K.** (1908). Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. En Abraham, K., *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Horm.
- Acuña, G.** (2004). Una aproximación psicoanalítica contemporánea al entendimiento de las adicciones. En *Eradicciones, n° 7, Revista Iberoamericana*.
- Alcohólicos Anónimos** (1995). *Archivo informativo de Alcohólicos Anónimos*, en www.alcoholics-anonymous.org/sp_pdfs/sm-24_aafactfile.pdf , preparado por la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alemán, J.** (2000). *Jacques Lacan y el debate posmoderno*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Alonso, L.** (1995). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J. & Gutiérrez, J. (Comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association.** (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (T. de Flores, J. Masana, E. Masana, J. Toro, J.Treserra & C. Udina, Trads.). Barcelona: Masson S.A..(Trabajo original publicado en 2000).
- Anderson, P.** (2000). *Los orígenes de la posmodernidad*. Barcelona: Editorial Anagrama. (Trabajo original publicado en 1998).
- Arif, A. & Westermeyer, M.** (1988). *Manual of drugs and alcohol abuse*. Ed: Plenum Publishing Corporation, New York, EEUU.
- Bailey, L.** (2006). Control and desire: The issue of identity in popular discourses of addiction. En *Addictive Research and Theory*, 13(6), 535-543.
- Balint, M.** (1979). *La falta básica*. España: Ediciones Paidós.
- Baudrillard, J.** (1991). *Las estrategias fatales*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Baudrillard, J.** (1996). *El crimen perfecto*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Beattie, M.** (1987). *Codependent no More: How to Stop Controlling Others and*

Start Caring for Yourself. Center City Minnesota: Hazelden.

Beattie, M. (1989). *Beyond Codependency*. Pleasant Valley Road, Minnesota: Hazelden.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (A. Rodríguez, Trad.). España: Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1993).

Berenson, D. (1976). A family approach to alcoholism. En *Psychiatr Opin*, 13,33-38.

Berg, I. K & Miller, S. D. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol* (1ª Ed.). Barcelona: Gedisa.

Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque Modular-Transformacional. *Revista de Psicoanálisis*, nº1, 1999, extraído de www.aperturas.org

Blum, K.& Payne, J. (1991). *Alcohol and the addictive brain*. USA: The Free Press

Cox, W.M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.

Brown, S., & Lewis, V. (1995). The alcoholic family: A developmental model of recovery. En: S. Brown (Ed), *Treating Alcoholism*. San Francisco: Josey Bass.

Brown, G., & Coldwell, B. (2006). Developing a controlled drinking programme for people with learning disabilities living in conditions of medium security. En *Addiction, Research and Theory*, 14(1), 87-95.

Burton, N. (2005). Finding the Lost Girls: Multiplicity and Dissociation in the Treatment of Addictions. En *Psychoanalytic Dialogues*, 15,4,587-613.

Cáffaro, M. (1995). La abstinencia, una decisión. En *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.

Calais, V. (1995). Una solución, los usos. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad III*, pp.97-102. Buenos Aires: Atuel.

Canales, M. & Peinado, A. (1995). Grupos de discusión. En Delgado, J. & Gutiérrez, J. (Comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

Carpenter, K., Miele, G. & Hasin, D. (2002). Does Motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use. *Addictive Behaviors*, 27, 207-225.

- Cermak, T. (1986).** Diagnostic Criteria for Codependency. En: *Reference Guide to Addiction Counselling*.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. & Mazza, R. (1999).** *La Familia del Toxicodependiente* (1ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- CONACE (2004a).** *Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Extraído de www.conacedrogas.cl
- CONACE (2004b).** *Lineamientos Técnicos Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas*. Extraído de www.conacedrogas.cl
- Copello, A., Williamson, E., Oxford, J., & Day, E. (2006).** Implementing and evaluating Social Behaviour and Network Therapy in drug treatment practice in the UK: A feasibility study. En *Addictive Behaviors* 31, 802-810.
- Cox, W.M. & Klinger, E. (1990).** Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A Model. En W.M.Cox (Eds.). *Why people drink: Parameters of alcohol as a reinforcer*. New York: Gardner.
- Cunningham, J., & Breslin, F. (2004).** Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. En *Addictive Behaviors*, 29, 221-223.
- Dekel, R., Benbenishty, R. & Amram, Y. (2004).** Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. En *Addictive Behaviors*, 29, 1833-1837.
- DiClemente, Ph., Bellino, L. & Neavins, T. (1999).** Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, 23, 86-92.
- Director, L. (2002).** The Value of Relational Psychoanalysis in the Treatment of Chronic Drug and Alcohol Use. En *Psychoanalytic Dialogues*, 12,4, 551-579.
- Director, L. (2005).** Encounters with Omnipotence in the Psychoanalysis of Substance Users. En *Psychoanalytic Dialogues*, 15,4, 567-587.
- Donghi, A. & Vásquez, L. (1996).** Desarrollos postfreudianos relativos a las adicciones. Extraído de www.sexovida.com. en Octubre del 2006.
- Downey, L., Rosengren, D. & Donovan, M. (2001).** Sources of motivation for abstinence. A replication analysis of the Reasons for Quitting Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 26, 79-89.

- Dupetit, S.** (1996). La mirada del tigre: acerca de la transferencia en pacientes adictos. En *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. XVIII, nº2, (pp. 237-258).
- Edmundson, R., Bryne, M. & Rankin, E. D.** (2000). Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28, 93-106.
- Egenau, P., Villatoro, P.** (2000). *Evaluación de las comunidades terapéuticas*. Hogar de Cristo, Área de Riesgo Social.
- EL, S., El, G. & Bashir, T.** (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. En *Addictive Behaviors*, 29, 753-758.
- Epstein, E., Labouvie, E., McCrady, B., Swingle, J., & Wern, J.** (2004). Development and validity of drinking pattern classification: Binge, episodic, sporadic, and steady drinkers in treatment for alcohol problems. En *Addictive Behaviors*, 29, 1745-1761.
- Escobar, A.** (2002). *Globalización, desarrollo y modernidad*. Extraído de www.campus-oei.org en Junio del 2006.
- Escohotado, A.** (1989). *Historia de las drogas*. Madrid: Editorial Alianza.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, 2002, Barcelona.
- Fenichel, O.** (1945/1964). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S.** (1911). Papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia. Extraído de www.psicoanálisis.org en Abril del 2006.
- Ferenczi, S.** (1911b). El alcohol y las neurosis. Extraído de www.psicoanálisis.org en Abril del 2006.
- Fleischer, D.** (1995). Algunas preguntas sobre la toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.) *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Florenzano, R.** (1999). Alcoholismo y fármaco-dependencia. En Carvajal, C., Florenzano, R. & Weil, K., *Psiquiatría*. Chile: Publicaciones técnicas Mediterráneo Limitada.
- Florenzano, R.** (2002). ¿Son tratables analíticamente las adicciones? En *Revista Actualidad Psicológica*, Año 1, Nº 9, pp.2-3.
- Fontaine, E.** (1995). *Teoría de precios*. (4ª Ed.). Santiago: Ediciones Univesidad Católica de Chile.

- Freda, H.** (2000). Modos modernos del goce. En Donghi, A. & Vázquez, L. (Comps), *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*, (pp.31-38). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Freud, S.** (1895). *Estudios sobre la histeria*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1896). *La etiología de la histeria*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1897). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1900). *La interpretación de los sueños*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomos IV y V. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1903). *El método psicoanalítico de Freud*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1905a). *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1905b). *Sobre psicoterapia*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1912a). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1912b). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1912). *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1913a). *Sobre la iniciación del tratamiento*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1913b). *Tótem y tabú*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S.** (1914). *Recordar, repetir y elaborar..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1915). *Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1915b). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1915c). *Lo inconsciente..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1916-17). *Conferencias de introducción al psicoanálisis.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1918). *De la historia de una neurosis infantil..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1919/1918). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1920a). *Más allá del principio del placer..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1920b). *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina..* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1923a). *El yo y el ello.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1923b). *La organización genital infantil.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1924a). *Neurosis y psicosis.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIX, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1924b). *La pérdida de realidad en las neurosis y psicosis.* Obras Completas, tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1925a). *Presentación autobiográfica.* En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S.** (1925b) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1925c) *Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1927). *Fetichismo*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1930). *El malestar en la cultura*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1932). *34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1937). *Análisis terminable e interminable*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1938a). *Esquema del psicoanálisis*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S.** (1938b). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gálvez, P.** (2001). ¿Hacia dónde avanza el modelo asistencial al drogodependiente?. En Revista Electrónica *Trastornos Adictivos*. Extraído de: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_revista?pident_revista_numero=13001036 en Noviembre del 2005.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. & Alvira, F.** (1989). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Garzoli, E.** (1996). La adicción de transferencia. Acerca del análisis de una paciente alcohólica. En *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. XVIII, nº2, (pp. 237-258).
- Ghia, R.** (2000). Toxicomanías e instituciones. Acerca de un tratamiento posible. En *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*, (pp.269-278). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Giddens, A.** (1999). *Consecuencias de la modernidad*. España: Alianza Editorial.

- Gomberoff, L.** (1999). *Otto Kernberg: Introducción a su obra*. Santiago, Chile: Mediterráneo
- Goti, M.E.** (1990). *La comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Glover, E.** (1928). The etiology of alcoholism. En *On the early development of mind* (1956). New York: International Univ. Press
- Glover, E.** (1932). On the etiology of drug-addiction. En *On the early development of mind* (1956). New York: International Univ. Press.
- Gorostiza, L.** (2004). La dialéctica del sujeto en la entrada en análisis. En Sinatra, E., *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: Rolta.
- Heather, N.** (2005) Motivational interviewing: is it all our clientes need ? En *Addiction Research and Theory*, 13(1), 1-18.
- Heather, N.** (2006) Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research and Theory*, 14(1), 7-18.
- Herrero, J.** (2004). Alteraciones de la Personalidad Asociadas a las Conductas Adictivas: Influencia de la Duración del Consumo y sus Implicaciones. En *Revista Psykhe*, 13, N°1, 91-100.
- Hesse, M.** (2004). Achieving abstinence by treating depression in the presence of substance-use disorders. En *Addictive Behaviors*, 29, 1137-1141.
- Hughes – Hammer, C., Martsolf, D. S., & Zeller, R. A.** (1998). Depression and codependency in women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 326 – 334.
- Ibáñez, J.** (1979). *Más allá de la sociología*. México: Siglo Veintiuno.
- Ingelmo, J., Ramos, M., Méndez, J.A. & González, E.** (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la Psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. En *Revista de Psicoanálisis*, Julio 2000, n° 5.
- Inchaurraga, S.** (2000). Política de salud y reducción de daños en drogodependencias. En *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Johnson, V.** (1973). *I'll quit tomorrow*. New York: Harper & Rowe.
- Johnson, B.** (2000). Tres puntos de vista sobre la adicción. En *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 47, n°3, 791-815.

- Kameniecki, M.** (2000). La clínica institucional en un centro de asistencia en drogadependencias. *En Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*, (pp.259-268). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Khantzian, E. J.** (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J.** (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Khantzian, E.J.** (2005). New Windows on Understanding Addictive Vulnerability: Commentary on Papers by Lisa Director and Noelle Burton. *En Psychoanalytic Dialogues*, 15,4, 613-620.
- Keeney, B. & Ross, J.** (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kernberg, O.** (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.** (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Kreither, J. & López, C.** (2001). Tratamiento de adicciones: una forma de comenzar. *En Revista Psykhe*, 10, N°2, 11-22.
- Lacan, J.** (1971). *Seminario 19: El saber del psicoanalista*. Inédito.
- Lacan, J.** (1977). *La familia*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Lacan, J.** (1983). *Seminario 2: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. (I. Agoff, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1978).
- Lacan, J.** (1984). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. (J.L. Delmont-Mauri & J.Sucre, Trads.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1973).
- Lacan, J.** (1987). Proposición del 9 de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. *En Momentos cruciales de la experiencia analítica*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J.** (1989a). *La dirección de la cura* (T. Segovia, Trad.). *En Escritos 2*. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).
- Lacan, J.** (1989b). *La significación del falo* (T. Segovia, Trad.). *En Escritos 2*. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1989c). *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis* (T. Segovia, Trad.). En Escritos 1. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1989d). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. (T. Segovia, Trad.). En Escritos 1. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1989e). *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología*. (T. Segovia, Trad.). En Escritos 1. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1989f). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. (T. Segovia, Trad.). En Escritos 2. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1989g). *La ciencia y la verdad*. (T. Segovia, Trad.). En Escritos 2. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966).

Lacan, J. (1992). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. (E. Berenguer & M. Bassols, Trads.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1975).

Lacan, J. (1996). *Seminario 4: La relación de objeto* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1994).

Lacan, J. (1999). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1998).

Landau, J., Stanton, D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., Garrett, J., Baciewicz, G., Shea, R., Browning, A., & Wamboldt, F. (2004). Outcomes with the ARISE Approach to Engaging Reluctant Drug- and Alcohol-Dependent Individuals in Treatment. En *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 4, 711-748.

Langer, A. (2006). *De Gaëtan Gatian de Clérambault a Jacques Lacan: Recorrido y algunas puntuaciones*. Extraído de www.elsigma.com

Laurent, E. (1988/94). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad II* (pp.15-28). Buenos Aires: Atuel.

- Le Poulichet, S.** (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lewis Group** (2002). *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States: 1992-2002*. Extraído de www.whitehousedrugpolicy.gov/publications en Diciembre 2006.
- Lincourt, P., Kuettel, T.& Bombardier, CH.** (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandate clients. A pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381-391.
- Lizarraga, S. & Ayarra, M.** (2001). The Motivational interview. *ANALES Sis San Navarra*, 24, N°2, 43-53.
- Lipovetsky, G.** (1986). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Lloyd, J., Ricketts, E., Strathdee, S., Cornelius, L., Bishai, D., Huettner, S., Havens, J., Latkin, C.** (2005). Social Contextual Factors Associated with Entry into Opiate Agonist Treatment Among Injection Drug Users. En *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 4, 555-570.
- López, C.** (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? En *Revista Psykhe*, 15, N°1, 67-77.
- López, H.** (2003). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.
- Luongo, L.** (1995). Modalidad de consumo, particularidad del goce. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad III*, pp. 47-52. Buenos Aires: Atuel.
- Manzetti, R.** (1995). ¿Cómo disolver la monotonía del objeto droga?. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad III*, pp.85-95. Buenos Aires: Atuel.
- Mazzini, A.** (1994). Durmiendo con el enemigo. En *Sujeto, goce y modernidad II*, pp.163-167. Buenos Aires: Atuel.
- McCrary, B.S.** (1993). Alcoholism. In D.H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed.) (pp.362-395). New York: Guilford Press.
- McKay, J. R.** (1996). Family Therapy Techniques. En: F. Rotgers, D. Keller & J. Morgenstern (Eds), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*. New York: Guilford Press.
- McDougall, J.** (1998). *Las mil y una caras de eros*. Buenos Aires: Paidós.

- J. McDougall** (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. (2ª Ed.) España: Julián Yébenes. (Trabajo original publicado en 1982).
- McDougall, J.** (1995). *Teatros del cuerpo*. (2ª Ed.) España: Julián Yébenes. (Trabajo original publicado en 1989).
- Meltzer, D.** (1974). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman (Versión original 1967).
- Milam, J.R. & Ketcham, K.** (1983). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. New York: Bantam.
- Miller, J.A.** (1984a). Acto en inconsciente. En J.C. Indart, D.S. Rabinovich (Comps), *Acto e Interpretación* (pp. 9-17). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A.** (1984b). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Manantial
- Miller, J.A.** (1987/1998). *Los signos del goce*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J.A.** (1988). Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático. En *Matemas II*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A.** (1989/1995). Para una investigación sobre el goce autoerótico. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad* (pp.13-21). Buenos Aires: Atuel.
- Miller, J. A.** (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J. A.** (1998). *Los signos del goce*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J.A.** (2000). *El banquete de los analistas*. Argentina: Paidós.
- Miller, J.A.** (2001). Fundamentos de la perversión. En *Perversidades*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A.** (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Argentina: Paidós.
- Miller, W.** (1976). Alcoholism scales and objective assessment methods: A review. En *Psychological Bulletin*, 83, p. 649-674.
- Miller, W.**(1980). *The Addictive Behaviors*. Ed: Pergamon Press Inc, New York, EEUU.
- Miller, W.R.** (1982). Treating problem drinkers: What works. *The Behavior Therapist*, 5, 15-19.
- Miller, W.** (1996). Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835- 842.

- Miller, W. & Rollnick, S.** (1999). *La entrevista motivacional*. España: Editorial Paidós.
- Monasor, R., Jiménez, M., Palomo, T.** (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. En Revista electrónica *Trastornos Adictivos*. Extraído en el mes de Mayo 2006, del sitio electrónico:
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13045023>
- Moreira, D.** (2002). Sobre la ingesta de alcohol. *Revista Actualidad Psicológica*, Año 1, N° 9.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism** (1993). Alcohol and health: Eight special report to the U.S. Congress (NIH Publication No. 94-3699). Alexandria, VA:EEI.
- NIDA, Publicaciones** (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. En sitio web, www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html
- NIDA** (2006). *Tendencias Nacionales*. Extraído de www.nida.nih.gov en Junio del 2006.
- NIDA Info Facts** (2006). *Métodos de tratamiento*, documento extraído en Junio del 2006, del sitio <http://www.drugabuse.gov/InfoFacts/Metodos-Sp.html>
- Noriega, G. & Ramos, L.** (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia para las mujeres mexicanas. En *Salud Mental*, Vol.25, N° 002, pp. 38-48.
- Nordhaus, W. & Samuelson, P.** (1986). *Economía*. (12ª Ed.) México: McGraw Hill.
- OMS** (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (10ª Ed.). Ginebra.
- OMS** (2006). *Publicaciones y Documentos*. Extraído del sitio electrónico de la Organización Mundial de la Salud: www.who.int/substance_abuse/publications/en/
- ONU** (2005). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Documento preparado por la Oficina contra la droga y el delito. Extraído de www.unodc.org/unodc/world_drug_report.html.
- Organización Panamericana de la Salud** (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Pinel, J.** (2000). *Biopsicología*. NY: Prentice Hall.
- Postel, J. & Quérel, C.** (Coord.) (2000). *Nueva Historia de la Psiquiatría*. (2ª Ed.), México: Fondo de Cultura Económica.
- Plon, M. & Roudinesco, E.** (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1997).
- Polo, L.** (1995). El recurso a la droga en la diversidad clínica. En *Sujeto, goce y modernidad III*, pp.103-108. Buenos Aires: Atuel.

- Prochaska, J. & Di Clemente, C.** (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C.** (1986). Toward a comprehensive model of change. En Miller, W. & Heather, N. (comps.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. Nueva York: Plenum, pp. 3-27.
- Rado, S.** (1926). Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos. En *Psicoanálisis de la conducta*. Buenos Aires: Horm
- Rado, S.** (1933). Psicoanálisis de la farmacotimia (Afición a las drogas). En *Psicoanálisis de la conducta*. Buenos Aires: Horm.
- Ricketts, T., Bliss, P., Murphy, K. & Broker, Ch.** (2005). Engagement with drug treatment and testing orders: A qualitative study. En *Addictive Research and Theory*, 13(1), 65-78.
- Rivers, C.& Shore, E.** (1997). *Substance abuse on campus*. EEUU: Greenwood Press.
- Ríos, M. A. & Ríos, C.** (1996). Organización narcisista, insinceridad y vacuidad en la adicción. En *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol. XVIII, nº2, (pp. 327-342)
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C.** (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 18: 247-291
- Rojas, M.C. & Sternbach, S.** (1997). *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rosenfeld, D.** (1976). *Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Galerna.
- Rosenfeld, H.** (1960). Sobre la adicción a las drogas. En *Estados Psicóticos* (2000), (4ª Ed.). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Rosenfeld, H.** (1964). Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo. En *Estados Psicóticos* (2000), (4ª Ed.). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Rosenberg, H., Melville, J. & Malean, P.C.** (2004). Nonpharmacological harm-reduction interventions in British substance-misuse services. En *Addictive Behaviors*, 29, 1225-1229.
- Sachs, H.** (1923). *La génesis de las perversiones*. Extraído en Mayo del 2006 de www.psi.uba.ar.

- Salamone, L.D. & Godoy, C.** (1994). Debates éticos en torno del alcoholismo. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad II*, pp. 37-46. Buenos Aires, Atuel.
- Salamone, L.D. & Godoy, C.** (1994). Un análisis alucinante. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad II*, pp. 91-95. Buenos Aires, Atuel.
- Salamone, L.D.** (1995). El toxicómano y el goce cínico. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Santiago, J.** (1995). El artificio de la droga...o la metonimia de la muerte. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad III*, pp.69-78. Buenos Aires: Atuel.
- Santiago, J.** (2001). El toxicómano no es un perverso. En *Perversidades*. Buenos Aires: Paidós.
- Scaturro, D. J., Hayes, T., Sagula, D. & Walter, T.** (2000). The concept of codependency and its context within family systems theory. En *Family Therapy*, 27, 63-70.
- Share, D., McCrady, B., & Epstein, E.** (2004). Stage of change and decisional balance for women seeking alcohol treatment. En *Addictive Behaviors*, 29, 525-535.
- Sillitti, D.** (1992/1995). La eficacia del nombre: los llamados adictos. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Sillitti, D.** (2000a). La hora de la verdad. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 69-73). La Paz: Plural Editores.
- Sillitti, D.** (2000b). La droga, la ciencia y el padre. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 183-187). La Paz: Plural Editores.
- Sillitti, D.** (2000c). La droga como respuesta a la culpa. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 201-206). La Paz: Plural Editores.
- Sillitti, D.** (2000d). La adicción desde el psicoanálisis. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 77-80). La Paz: Plural Editores.
- Sillitti, D.** (2000e). La droga: ¿objeto?. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 115-117). La Paz: Plural Editores.

- Sillitti, D.** (2000f). Lo que no entra clásicamente en el psicoanálisis. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 95-100). La Paz: Plural Editores.
- Sinatra, E.** (1992/1995). Variantes del argumento ontológico en la modernidad. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Sinatra, E.** (2000a). El empuje al olvido: tres nombres del goce. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 171-182). La Paz: Plural Editores.
- Sinatra, E.** (2000b). La función del alcohol. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 189-200). La Paz: Plural Editores.
- Sinatra, E.** (2000c). La nominación, la función del tóxico y las fórmulas de la droga. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 101-114). La Paz: Plural Editores.
- Sinatra, E.** (2004). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Publicación del Instituto Clínico de Buenos Aires: Rolta.
- Skinner, H. A. & Allen, B. A.** (1983). Differential assessment of alcoholism. En *Journal of Studies on Alcohol*, 44, pps. 852-862.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C.** (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C.** (2006). Obstacles to the adoption of low risk drinking goals en the treatment of alcohol problems in the United States: A commentary. En *Addiction Research and Theory*, 14(1), 9-24.
- Stanton, T., Todd, T., Heard, D., Kirschner, S., Kleiman, J., Mowatt, D., Riley, P., Scott, S. & Van Deusen, J.** (1997) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (3ª Ed.). Barcelona: Gedisa.
- Stinchfield, R. & Owen, P.** (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. En *Addictive Behaviors*, Vol. 23, No 5, 669-683.
- Steinglass, P, Bennet, L., Wolin, S. & Reiss, D.** (1987). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.

- Tate, S., Brown, S., Unrod, M., & Ramo, D.** (2004). Context of relapse for substance-dependent adults with and without comorbid psychiatric disorders. En *Addictive Behaviors*, 29, 1707-1724.
- Tarrab, M.** (1992/1995). ...Mírenlos cómo gozan !!! En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Tarrab, M.** (1994). La heroína. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad II*, pp.153-162. Buenos Aires: Atuel.
- Tarrab, M.** (2000a). La substancia, el cuerpo y el goce toxicomaniaco. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.81-93). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000b). Una experiencia vacía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.119-125). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000c). La droga como partenaire. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.165-169). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000d). El riesgo de la modernidad. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.13-23). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000e). El derecho a no ser anónimo. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.63-68). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000f). Una experiencia vacía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.119-125). La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M.** (2000g). Las salidas de la toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.145-156). La Paz: Plural Editores.
- Thombs, D.** (1997). The Disease Model of Addiction. En *Substance abuse on campus*, Rivers, C.&Shore. EEUU: Greenwood Press.
- Undurraga, S.**(2004). *Reducción de daños en usuarios de drogas en Latinoamérica*. Extraído en Junio del 2006, en sitio web de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina: www.infoarda.org/Art%EDculos.htm
- Ulivi, G.** (1996). Terapia breve Centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. En *Personalita dependenze*, vol.2. Milán: Mucchi Editores.
- Vaillant, G.E.** (1983). *The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Varela, F. (1996). *Ética y acción*. Santiago de Chile: Dolmen.

Walker, D., Venner, K., Hill, D. Meyers, R., & Miller, W. (2004). A comparison of alcohol and drug disorders: Is there evidence for a developmental sequence of drug abuse? En *Addictive Behaviors*, 29, 817-823.

Waska, R. (2006). Addictions and the quest to control the object. En *The American Journal of Psychoanalysis*, 66, 1, 43-61.

WHO (2004). *Global Status Report on Alcohol*. Documento oficial extraído de www.who.int/es/ en Junio del 2006.

Wild, C., Cunningham, J. & Ryan, R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. En *Addictive Behaviors*, 31 (10), 1858-1872.