

**APUNTES DEL CURSO VIRTUAL:**

***CLINICA DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS  
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Selección.***

**AUTORA: LIC. SILVIA QUEVEDO**

## I. Complejidad conceptual del campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Examinaremos, en primer lugar, la complejidad conceptual que reviste el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto entrecruce entre la singularidad subjetiva, contextos y discursos sobre las drogas, y los efectos de las sustancias.<sup>1</sup>

### 1.0. Introducción

En principio, vamos a plantear que el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas se caracteriza por su **complejidad, heterogeneidad y dificultosa sistematización**, pues convoca al entrecruce de diversas disciplinas, saberes y prácticas, que pertenecen a dimensiones y niveles de explicación de distinto alcance. Entonces, es importante que Uds. puedan ubicar que, precisamente, la complejidad y heterogeneidad que presenta el campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas es producto del entrecruce de tres dimensiones: la singularidad subjetiva, contextos y discursos sobre las drogas y los efectos de las sustancias en el SNC.<sup>2</sup> Si examinamos las distintas dimensiones del fenómeno, podemos verificar que cada una de estas tres dimensiones reviste complejidad y heterogeneidad.

a) Sujetos: los sujetos sostienen diversas modalidades de relación con las sustancias, por ello podremos ubicar si se trata de un consumo experimental, una mera distracción o una suerte de automedicación, como también situar qué lugar y función singular enigmática ocupan en la vida de cada quien. Por otra parte, los consumos atraviesan diversas franjas etáreas y sociales de la población.

b) Contextos y discursos: los discursos sobre las drogas, o sea, la significación asignada a las drogas varían histórica y culturalmente según los contextos socioculturales, o sea, según las relaciones sociales en que se inscriban en cada colectivo sociocultural. De acuerdo a las significaciones atribuidas, se jugará la estigmatización hacia algunas sustancias y la aceptación de otras. La importancia tanto de los contextos como de las representaciones discursivas sociales y culturales, en la configuración del fenómeno del consumo de sustancias, es central a la hora de definir y decidir el diseño de las estrategias, dispositivos de intervención preventivo-asistenciales acordes a los códigos socioculturales macro y micro contextuales.

c) Sustancias psicoactivas: comprenden productos **múltiples** que incluyen sustancias de distinta composición química, tanto **lícitas como ilícitas**. Estas sustancias también llamadas psicotrópicos – por su acción en el SNC – abarcan desde alcoholes, psicofármacos, las llamadas *drogas*, tabaco, hasta productos industriales. Las sustancias son heterogéneas entre sí, sus distintas propiedades pueden promover efectos: estimulantes, sedantes, eufóricos, analgésicos o estados alterados de conciencia. Algunas de ellas presentan riesgos a corto plazo; otras, a mediano y a largo plazo, como así también las vías de administración presentan distintos niveles de riesgo.

---

<sup>1</sup> Parte de la descripción de la conceptualización del fenómeno y de los modelos preventivo-asistenciales contienen adaptaciones del curso virtual dictado en esta misma institución: “Modelos preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas”. Ed. 2014/2015. Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones Lic.Laura Bonaparte.

<sup>2</sup> SNC: Sistema Nervioso Central.

## 1.1. Complejidad conceptual del campo de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

La complejidad del entrecruce de las tres dimensiones, ya expuestas, nos advierte sobre la imprescindible deconstrucción de las siguientes categorías: *drogadependencia, adicciones, toxicomanía; drogadicto, toxicómano, alcohólico* y su necesario reemplazo por otras, tales como: *consumidores de drogas; consumos no problemáticos o usos simples de sustancias, consumos problemáticos de sustancias*. Por ello, es imprescindible distinguir que cada clasificación responde a construcciones discursivas que han variado históricamente.

Estas construcciones dependen de conceptualizaciones y posicionamientos ideológicos que, sobre el *fenómeno* del consumo de sustancias psicoactivas, dan cuenta los diversos modelos de intervención preventivo asistenciales.

Me parece interesante examinar la *definición de drogas* sostenida por el Grup Igia<sup>3</sup> que es una asociación catalana interdisciplinar dedicada a la prevención, asistencia, docencia e investigación en el campo del consumo de sustancias psicoactivas:

“[...] las drogas [...] aquellas sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con unas características farmacológicas que actúan fundamentalmente a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, culturales y económicas de los grupos sociales que las utilizan”.<sup>4</sup>

En esta deconstrucción de categorías, como decíamos, se torna imprescindible también adoptar la nominación de *consumos problemáticos* en lugar de *toxicomanías* o de *drogadependencias*. La definición de *drogadependencia* se sitúa en términos de la interacción entre un organismo y una sustancia, excluyendo la dimensión subjetiva. La categoría *toxicomanías*, en cambio, sitúa la relación entre un padecimiento subjetivo, la manía, y un tóxico, pero excluye la dimensión cultural del fenómeno. Los *consumos problemáticos* pueden definirse como un fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo, a diferencia del uso de drogas o consumo no problemático. Los consumos problemáticos, desde nuestra lectura, incluyen tanto los llamados consumos abusivos como los fenómenos de dependencia.

Podemos considerar que, en la historia de la humanidad, las hoy llamadas *drogas* han estado presentes desde tiempos inmemoriales, formando parte del conjunto de las medicinas y de los mitos, circunscriptas a usos acotados y aceptados, acompañando a los individuos en diversos ritos: sociales, religiosos y festivos. De este modo, constituían emblemas de renovación del lazo social, medios de comunicación con las divinidades y con el culto a los muertos. O sea, estos **usos estaban regulados** por ritos culturales aceptados. Antonio Escotado, filósofo y sociólogo español, en su obra de 3 volúmenes *Historia general de las drogas*, plantea que a partir de una serie de estudios antropológicos comparados, a mediados del siglo XX, se descubre la "falacia sanitaria" que intenta separar la terapéutica empírica (los

---

<sup>3</sup> Romaní, Oriol (1999). Prólogo al Bloque I "El contexto sociocultural" En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, pp.23 -25. (en línea). Recuperado el 3/03/2014, de [Descargar en pdf - Grup IGIA www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf)

<sup>4</sup> Romaní, Oriol (1999). Prólogo al Bloque I "El contexto sociocultural" En *Contextos, Sujetos y Drogas. Un Manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ed. Grup IGIA y colaboradores, pp.23 -25. (en línea). Recuperado el 3/03/2014, de [Descargar en pdf - Grup IGIA www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf](http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextossujetosdrogas.pdf)

antídotos, curaciones de heridas) de los ritos y encantamientos de las prácticas religiosas:

"En efecto, hasta la medicina más empírica aparece siempre ligada a ensalmos en la Antigüedad, y todavía durante el siglo IV A.C. -en plena expansión del racionalismo griego- Platón hace decir a Sócrates que el *pharmakon* devolverá la salud si al usarlo se pronuncia el ensalmo oportuno".<sup>5</sup>

El concepto de *pharmakon* alude a que una misma sustancia puede trocarse en remedio y /o veneno, puede producir placer y/o displacer.

Por el contrario, desde mediados del siglo XX el escenario epocal ha cambiado: el "**problema de la droga**" convoca imágenes y discursos de decadencia social, inseguridad y peligrosidad que atraviesan los diversos ámbitos en que se trama la vida cotidiana de las sociedades. Me interesa comentarles que, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, podemos situar la ruptura progresiva del concepto de *pharmakon*. Justamente, es a partir de la prescripción de la receta médica que podemos localizar la división entre **usos prescritos o debidos** de sustancias y **usos no prescritos o indebidos de sustancias**. Esta construcción discursiva sobre el "**problema droga**", propiciada desde los medios de comunicación, promueve alarma social y subjetiva alentando las demandas disciplinadoras y criminalizadoras sobre los consumidores de drogas.

Carlos González Zorrilla, criminólogo español, en su artículo "Drogas y Control Social", dice, respecto a los procesos de construcción social del problema *droga*, que supone enfrentarse inmediatamente con dos dimensiones de este fenómeno:

"En primer lugar, ha de analizarse qué representan las drogas para nuestra sociedad, cuáles son las imágenes, **las representaciones culturales** que socialmente definen los contornos del problema; y en segundo lugar, ha de abordarse el problema de delimitar cuáles son **los mecanismos sociales e institucionales** que la sociedad pone en marcha para controlar dicho fenómeno, hasta qué punto estos mecanismos están condicionados por las categorías culturales presentes en la sociedad y hasta qué punto ellos mismos contribuyen a definir los perfiles de *la cuestión droga*".<sup>6</sup>

Podemos situar que el miedo no sólo paraliza sino que empuja a la segregación; se trata del horror a la diferencia, el miedo aísla el pensamiento, no le permite al sujeto involucrarse por temor al contagio.

En esta época, el fenómeno colectivo del uso de sustancias psicoactivas es masivo, es **una experiencia cotidiana no acotada**, configura un *síntoma social* que genera alarma, donde los estereotipos les adjudican un poder omnímodo y demoníaco como agentes causales de **adicción, desviación social y delito**, "irresponsabilizando" de esta manera, a los sujetos de sus actos. En particular, estos estereotipos: **enfermo, adicto, vicioso, delincuente, joven, peligroso**, impactan en nuestro ámbito de trabajo, la salud pública, promoviendo efectos de exclusión que impiden la accesibilidad de los consumidores de sustancias al sistema de salud. Coincidentemente con estos planteos Alain Ehrenberg, sociólogo francés, en su artículo "Un mundo de funámbulos" (1990) sitúa que las drogas configuran un universo mal conocido, que **se trata del reparto cultural de las sustancias** donde algunas son aceptadas y legalizadas tales como alcoholes, medicamentos, tabaco y, en cambio,

<sup>5</sup> "Magia, Farmacia, Religión" (1989) (en línea). Recuperado el 24/8/2013, de <http://www.escohotado.com/articulosdirectos/magiafarmaciareligion.htm>

<sup>6</sup> González Zorrilla, Carlos (1987). "Drogas y Control Social". (en línea). Recuperado el 24/8/2013, de <http://comercialcinco.wikispaces.com/file/view/DROGAS+Y+CONTROL+SOCIAL.doc/380260052/DROGAS+Y+CONTROL+SOCIAL.doc>

otras son segregadas e ilegalizadas, portando un imaginario de decadencia y degradación a las que el discurso de la referencia social les otorga la exclusividad de la denominación de *drogas*.

“Se trata entonces más de un tema de institución y de cultura que de producto o de toxicología: el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las drogas no lo tienen”.<sup>7</sup>

El reparto cultural de las sustancias ha determinado entonces que las imágenes de descomposición social y negatividad pura con su brillo demoníaco recaigan en las consideradas **drogas ilícitas**, que en cada coyuntura histórica será, anteayer, la marihuana, ayer, la cocaína, hoy, la pasta base; mientras que para las **sustancias lícitas**, desplazadas de esa consideración negativa, se distinguen **diversos umbrales**. Así, el consumo de alcohol se inscribe en el espacio público como renovación del lazo social, por el contrario, cualquier uso de drogas queda desplazado del ámbito público al privado.

A diferencia de los **usos simples de sustancias**, acotados, paradigmáticos de las sociedades **precapitalistas**, los **consumos problemáticos** de sustancias psicoactivas configuran una suerte de fenómeno social asociado a los contextos sociales contemporáneos y, por lo tanto, característico de las mismas. Podemos situar entonces, el consumo problemático de sustancias psicoactivas como un *síntoma social contemporáneo*. ¿Por qué el consumo problemático configura un síntoma social? El contexto social contemporáneo está atravesado por la globalización capitalista, que ha promovido vía el predominio de los dispositivos mediáticos, el empuje al consumo inmediato y sin restricción de todo tipo de objetos, productos, sustancias e imágenes y estilos de vida. Efecto de estas transformaciones se han producido mutaciones simbólicas en las instituciones clásicas de la modernidad: familia, estado, escuela, mediante modificaciones en los modos de socialización básicos que tramitaban la transmisión de saberes, costumbres, valores e ideales.

La identidad de consumidor, construida por el consumo de productos, objetos e imágenes, está conformada por un universo de consumidores disciplinados y homogeneizados, entre los cuales descolla un **personaje social** encarnado bajo la nominación **soy adicto**. En este punto, las sustancias configuran aún una respuesta, una solución inmediata, un recurso precario ante situaciones de desamparo social y subjetivo. Así, esta división maniquea, que sitúa a las drogas ilícitas como venenos, y a las lícitas como aceptadas socialmente, está vinculada a la significación social otorgada a las sustancias en la civilización contemporánea.

Las drogas lícitas e ilícitas constituyen *mercancías que valen por su valor de uso y por su valor de cambio*, constituyendo un pingüe negocio la ilegalización de las drogas y la judicialización que segrega a los usuarios más jóvenes y pobres en ámbitos de reclusión, potenciando el estigma y el círculo vicioso de la delincuencia y segregación.

Si bien en la contemporaneidad el uso de las drogas emerge como una salida de fácil acceso que intenta suplir la inconsistencia de rituales de pasaje de la pubertad a la adolescencia, es *imprescindible evitar la equivalencia rápida entre adolescencia y consumo de drogas*, para evitar el deslizamiento al estereotipo segregativo.

Respecto del *concepto de segregación*, Colette Soler, que es una psicoanalista francesa, en su conferencia<sup>8</sup> retoma la tesis lacaniana sobre la segregación,<sup>9</sup> y

---

<sup>7</sup> Ehrenberg, Alain (comp.) (1990). "Un mundo de funámbulos" en *Individuos bajo Influencia*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión. p. 13.

<sup>8</sup>Soler, Colette (1995). *Sobre la segregación*. Conferencia dictada en la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL).

distingue dos categorías: *discriminación* y *segregación* como no equivalentes entre sí, a pesar de la confusión frecuente en la utilización de ambos términos como sinónimos.

Cuando distingue *discriminación*: alude a la diferencia afirmada y sostenida de un atributo que se diferencia de otros – y no en términos excluyentes – y ubica que en las civilizaciones precapitalistas la presencia del significante amo es potente, pues colectiviza y permite la coexistencia de diversos modos de gozar sin separación espacial o territorial, esto es, sin supresión de las diferencias. Por el contrario, cuando Lacan enuncia su tesis sobre la segregación, la define como efecto de homogeneización, producto de la universalización de la ciencia y del mercado en los agrupamientos sociales. Entonces, conceptualiza la segregación como un efecto de la universalidad introducida por la ciencia y el mercado en la civilización contemporánea. De ese modo, situaremos que vía el mercado y la ciencia se impone un modo de gozar universalizado, homogeneizado, *para todos por igual*, y aquel que goce de distinta manera o resista a la universalización desde su particularidad no será incluido sino rechazado, segregado. Entonces, segregación indica una distribución del goce por medio de una suerte de separación espacial, ya sea física o virtual, de aquellos que presenten un goce distinto. De este modo, la segregación se sitúa como la única manera de tratar las diferencias a través de un medio espacial, apartándolos en territorios reservados. Así, la *segregación es la vía para tratar lo imposible de soportar*.

En el contexto contemporáneo, nos encontramos, por un lado, con *modos de segregación impuestos por el Otro*: por ejemplo, aquellos que viven en barrios de pobreza crítica urbana, villas miseria, y por otro, con *modos de segregación elegida*: por ejemplo, los que viven en barrios privados.

En mi opinión, el fenómeno de la segregación es complejo, puesto que cierta *autosegregación* es corroborable en aquellos individuos que portan la nominación de drogadictos, como una suerte de envés de la *segregación impuesta*. En la consulta se presentan muchas veces espejados en el discurso de la referencia social y atribuyen como causa o explicación de sus tribulaciones a una causalidad externa, ubicando a las drogas como agente o a las malas compañías, tema que ubicaremos con más detalle en el trayecto del curso.

En conclusión, podemos situar que los *consumos problemáticos* constituyen un fenómeno paradigmático del desarrollo capitalista contemporáneo, pero, también, podemos constatar que coexisten junto a ellos los *consumos simples, no problemáticos*, de sustancias psicoactivas.

## **II. Complejidad de la clínica de los consumos problemáticos de sustancias. Modalidades de presentación de las consultas.**

Estimadas/os participantes: ¿cómo están? En el presente módulo expondremos la complejidad conceptual de la clínica de los consumos problemáticos en términos de la complejidad de las distintas modalidades de presentación de los consultantes en dispositivos de primera entrevista que implica la evaluación de aspectos subjetivos, del soporte vincular y social, como también de los aspectos psiquiátricos. Para ello, se examinará el abanico de consultas que comprende desde presentaciones con prevalencia del *acting out* y pasaje al acto, que recorren un amplio espectro que puede incluir situaciones de riesgo cierto e inminente, como también incertidumbres

---

<sup>9</sup> Lacan, Jacques (1967) "Proposición del 9 de octubre de 1967". *Revista Scilicet* N° 1/69. París, Ed. du Seuil.

En 1967, Lacan advierte que con "el futuro de nuestros mercados comunes advendrán procesos de segregación cada vez más duros..." y dirá "los campos de concentración son precursores".

diagnósticas variadas. Se localizarán los diversos obstáculos que presentan dichas modalidades, en términos de condiciones de ingreso a tratamientos singularizados, desde la perspectiva de la primera entrevista conducida por los profesionales de los equipos interdisciplinarios.

## 2.0. Introducción.

En el módulo anterior, examinamos la complejidad conceptual que reviste el campo de los consumos problemáticos de sustancias, que se trama en el entrecruce entre la singularidad subjetiva, contextos y discursos sobre las drogas, y los efectos de las sustancias.

En consecuencia con lo anteriormente expuesto, examinamos también los efectos de los discursos abstencionistas-prohibicionistas en la formación y prácticas de los equipos asistenciales. Estos discursos que localizan el “problema de la droga” como *enfermedad, flagelo, desviación y delito* propician la construcción de un estereotipo homogéneo del “drogadicto” como emblema de descomposición social que se sinonimiza en la ecuación **adicto = delincuente = violento = desviado = enfermo = joven**. Estos estereotipos promueven **efectos de segregación** e impiden la accesibilidad de los consumidores de sustancias al sistema de salud.

Desde esta concepción abstencionista, no se distinguen umbrales entre consumos simples y consumos problemáticos, los dispositivos de atención se organizan desde criterios de umbral máximo de exigencia, o sea, que plantean la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio, despliegue y objetivo central de un tratamiento.

Por el contrario, tal como hemos visto, desde el modelo de reducción de riesgos y daños es posible realizar la necesaria deconstrucción de los discursos abstencionistas-prohibicionistas en los dispositivos de trabajo asistenciales y preventivos, mediante la revisión crítica de los propios prejuicios, creencias y saberes de los equipos de profesionales intervinientes acerca de las prácticas de consumo de sustancias y diversos modos de vinculación de los individuos con las mismas.

Entonces, se tratará de propiciar un *giro conceptual* para poder crear otros *dispositivos de atención de umbral mínimo de exigencia* que alojen a los consultantes y eviten su segregación de los sistemas de atención.

## 2.1. Complejidad de la clínica de los consumos problemáticos de sustancias.

En principio, debemos situar que la complejidad conceptual de esta clínica de los consumos problemáticos se inscribe en las nuevas encrucijadas que la época nos impone, como hemos expuesto en la clase anterior. Se trata del imperativo a gozar ya y sin restricción del consumo de objetos, productos, sustancias e imágenes impuesto por el discurso capitalista y de la ciencia, vía los dispositivos de enunciación mediática.

Los escenarios epocales están atravesados por tiempos de vértigo, instantaneidad y actualidad extrema, así se instala la ilusión contemporánea de acceder a lo real en tiempo real, **sin mediación del intervalo**, en pos de la promesa de felicidad. Estas transformaciones producen efectos en las subjetividades: se trata de la emergencia de nuevas formas del síntoma. Los individuos están a la deriva, en errancia, desorientados, desesperados o anestesiados, se clausuran los enigmas en función de la búsqueda de soluciones o respuestas inmediatas.

En estas nuevas presentaciones, el cuerpo ocupa una centralidad inédita, se constituye en la sede de acontecimientos diversos: accidentes, autolesiones, intoxicaciones, somatizaciones, mutilaciones, adicciones, heteroagresiones,

desórdenes alimentarios. Se trata de sujetos que se quejan de sus conductas en términos de acciones que no remiten a ninguna significación – su meta sólo es la descarga, alivio de una tensión interna, y pueden ser acompañadas de otras acciones de mortificación hacia su propio cuerpo.

Estos nuevos modos de presentación interrogan la clínica actual y por ende, a los dispositivos clásicos de tratamiento, promoviendo la creación de dispositivos flexibles y creativos acordes a las demandas actuales.

Tal como se ha expuesto en la clase anterior, la demanda de asistencia de los consultantes con consumos problemáticos de sustancias conlleva una complejidad a despejar por el entrecruce de diversas variables: subjetivas, relacionales, culturales, históricas, sociales, jurídicas y biológicas, correspondientes a las tres dimensiones que configuran la existencia humana: subjetiva, social y biológica, pertinentes a distintos campos disciplinares.

Estas presentaciones complejas pueden desplegarse en una primera entrevista; de allí la importancia estratégica que este instrumento adquiere para definir las condiciones de ingreso a dispositivos de tratamiento singularizados.

## **2.2. Modalidades de presentación de las consultas.**

A la complejidad citada, decíamos del campo de los consumos problemáticos, se agrega la complejidad conceptual que revisten las diversas modalidades de presentación en la clínica de los consumos problemáticos, caracterizadas por la prevalencia del *acting out* y del *pasaje al acto*<sup>10</sup>, incertidumbres diagnósticas variadas respecto de las configuraciones clínicas en términos de neurosis-psicosis- el atravesamiento del discurso de la referencia social que pontifica a las drogas como causa del padecer. Entonces, en esta clínica relevamos presentaciones: “[...] que se caracterizan por la prevalencia del *acting out* y del pasaje al acto, más que por formaciones tributarias de la dimensión metafórica del síntoma [...]”.<sup>11</sup>

Si bien el discurso tiene tope y hace lazo con otros, no se trata de psicóticos, según Alain Didier -Weil, sino que manifiestan *falta de confianza en el significante*. Entonces, como carecen de la dimensión metafórica que regule la tramitación de los desbordes pulsionales, sin cauce, se precipitan en acciones; no sueñan, actúan y las actuaciones, impulsiones y agresiones están dirigidos hacia el cuerpo propio o el del otro.

En sus actos, decíamos, el cuerpo es tomado como sede de diversos experimentos, excesos, maltratos, cortes, accidentes, abuso de sustancias, intoxicaciones, tatuajes bizarros, anorexias, bulimias, fenómenos psicósomáticos, en algunos casos con intentos de suicidio, o lesiones a otros. Es frecuente localizar la ocurrencia de estos acontecimientos previos a los montajes de toxicomanía. Según Paul Verhaeghe, psicoanalista belga:

“Se trata de acciones que se dirigen al cuerpo en forma directa sin mediación alguna e incluso en forma de descarga o abreacción. El único objetivo es deshacerse de la tensión interna, son **performativas** son simples acciones sin sentido, sin significación”.<sup>12</sup>

La acción de drogarse es sólo drogarse: las motivaciones adjudicadas al acto de drogarse remiten a una suerte de circularidad adjudicada a la omnipotencia atribuida a

---

<sup>11</sup> Quevedo, Silvia (2007). “Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar” (en línea). Recuperado el 4/10/2014, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>.

<sup>12</sup> Verhaeghe, Paul (2007). “Crónica de una muerte anunciada: El final de las psicoterapias”. Traducción por Miguel Martínez y Héctor Mendoza con autorización del autor. Texto original: Dublin City University, Health 4 Life Conference 2007 Thinking, Feeling, Being: Critical Perspectives and Creative Engagement in Psychosocial Health. 10-13 September.



las sustancias o por la relación con otros pares de consumo, que no convoca significados asociados. Podemos localizar en estas presentaciones cierta cercanía con el concepto freudiano de **neurosis actuales**<sup>13</sup>, que recorreremos en el módulo próximo.

Por ello, es habitual que consulten sin un síntoma que los aqueje, “*desimplicados*”, sin preguntarse por su sufrimiento; llegan con la *respuesta* que han conseguido: “yo me drogo por las malas juntas, o porque mis padres se separaron”, donde la causa es atribuida a algún otro o a la sustancia, otorgándole poderes omnímodos y demonizantes; y a la vez requiriendo *la gestión de una solución o respuesta* que suprima el malestar que portan, a la manera de una extracción quirúrgica del tóxico o de un encierro o internación para desintoxicarse. Por ej.: L. insiste con *internarse para que le saquen el alcohol*. Este pedido acompaña el rechazo de otros modos de abordaje de la problemática, como el dispositivo de Hospital de Día.

Afirma Le Poulichet: “[...] en efecto, así consagran la omnipotencia de las sustancias y anulan, por lo tanto, la perspectiva de una posición de los sujetos.”<sup>14</sup>

Espejados por los discursos abstencionistas-prohibicionistas, tanto allegados como consultantes, sitúan sus consumos problemáticos en relación con las **drogas ilícitas**, quedando por fuera el alcohol u otras sustancias legales, aunque este consumo pueda ser aún más problemático. En algunos casos, quien consulta lo refiere de este modo: por ej. C. sitúa su problema de “adicción” relacionado al consumo de cocaína, si bien lo que relata como más problemático es el consumo de alcohol.

En una entrevista de orientación, la madre de A. concurre preocupada por el consumo episódico de marihuana de su hijo de 16 años, y no registra como riesgosos los episodios de consumo de alcohol, a pesar que su hijo presenta un cuadro de diabetes. Dice: “la diabetes es lo que menos me preocupa, maneja bien su enfermedad”.

Algunos consultantes concurren a menudo enviados por otros, familiares o allegados, para quienes el consumo constituye un problema, sin que esto constituya un problema para quien llega a la consulta.

En este sentido, aparecen dificultades en el establecimiento de la transferencia en la medida en que portan un saber acerca de las drogas y no manifiestan querer saber acerca de las determinaciones desconocidas de sus actos.

La **demanda convulsiva**,<sup>15</sup> así llamada pues se caracteriza por *su inmediatez, por cierta urgencia imperiosa para luego desistir de la misma, da cuenta de una posición*

---

<sup>13</sup> Freud, Sigmund (1898). “La sexualidad en la etiología de las neurosis”. In: \_\_\_\_\_. *Obras Completas*, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 3ra edición.

Freud, Sigmund (1916-1917). “Conferencia 24, Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, en 1898, en su artículo *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, sitúa el concepto de neurosis actuales, ubicando a las neurastenias y a las neurosis de angustia como formaciones actuales del presente, “serían desórdenes de la vida sexual actual”, es decir, que no reconocen su origen en los conflictos de la infancia, sino que son actuales. **Tienen una etiología somática y no psíquica. Luego, en otros escritos, en la Conferencia 24, correspondiente a las Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1916-1917), Freud incluirá dentro de la categoría de las neurosis actuales a las intoxicaciones** junto a las neurastenias, neurosis de angustia, como manifestaciones que no se dejan descomponer analíticamente, se trataría de formaciones no sintomáticas que carecen de significación, distintas a las formaciones del inconciente, pertenecientes al campo de las psiconeurosis de defensa.

<sup>14</sup> Le Poulichet, Sylvie (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu editores, pág.36.

*ambivalente hacia el Otro*<sup>16</sup> enuncia dificultades para establecer un lazo social, o cierta desconfianza en el valor de verdad de la palabra o "increencia" en lo que el otro pueda ofertar. Se trata de sujetos que han constituido una decepción, una molestia para el Otro primordial, estas presentaciones preanuncian también obstáculos para construir un lazo transferencial.

Localizamos en las presentaciones ciertos rasgos comunes: imposibilidad en la espera, desconfianza en el valor de verdad de la palabra como recurso alternativo al consumo, como también el borramiento de las representaciones, recuerdos o asociaciones, del conflicto, de la angustia, indican un verdadero ahorro de palabras. No es habitual que alguien se presente formulando una demanda de tratamiento relativa a la pregunta por su sufrimiento, más bien la consulta con frecuencia se reduce a la búsqueda de una *respuesta, solución o recurso*.

No es habitual que alguien se presente formulando una demanda de tratamiento relativa a la pregunta por su sufrimiento, más bien la consulta con frecuencia se reduce a la *búsqueda de una respuesta, solución o recurso* en términos del pedido de la extracción de un tóxico por la vía de la demanda de internación, o por la gestión en el consumo de algunas sustancias. Este intento de *solución* puede recubrir en gran parte montantes de angustia e indica a su vez la desresponsabilización de sus actos.

Es frecuente, en esta variedad y diversidad de presentaciones en los dispositivos de entrada, localizar diversas situaciones de riesgo que recorren un amplio espectro que incluye también la irrupción de **situaciones de riesgo cierto e inminente**.

Pero es imprescindible ser cuidadosos con las **definiciones de riesgo** que utilizamos, teniendo en cuenta que viejas modalidades asistenciales arrastran una concepción de riesgo que ha llevado a los profesionales a tomar decisiones que vulneraban una y otra vez los derechos de los pacientes. Las situaciones de riesgo son cotidianas, constantemente nos exponemos a diversas situaciones cuyo devenir impredecible no puede ser sólo comprendido en términos de circunstancias "patologizables".

El **riesgo potencial** es consecuencia del medio en que circulamos, y debemos ser cuidadosos al tomar decisiones en función de éste. Por ello, es importante evaluar también en el dispositivo de entrada:

"[...] la percepción subjetiva de los pacientes respecto de sus propias prácticas de riesgo en los consumos, si sostienen un patrón de consumo múltiple de sustancias",<sup>17</sup> si conducen vehículos bajo los efectos del consumo o concurren a espacios de consumo riesgosos. En este punto, se localizará si pueden apropiarse de prácticas de mayor cuidado de la salud; por ejemplo, realizar el pasaje de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambios en las vías de administración, reducción de dosis o frecuencia, etc.

Muy diferente será definir una **situación de riesgo cierto e inminente**, para ello debemos tener en cuenta los términos de la normativa que define el artículo 20 de la Ley Nacional de Salud Mental:<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Recalcati, Massimo (2004). "La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe". Rev. *Ornicar*? Digital - Nouvelle Epoque N° 58. Paris, pp.1-6.

<sup>16</sup> Verhaeghe, Paul (2007). "Crónica de una muerte anunciada: El final de las psicoterapias". Traducción por Miguel Martínez y Héctor Mendoza con autorización del autor. Texto original: Dublin City University. Health 4 Life Conference 2007. Thinking, Feeling, Being: Critical Perspectives and Creative Engagement in Psychosocial Health. 10-13 September.

<sup>17</sup> Quevedo, Silvia (2014). "Dispositivos de umbral mínimo de exigencia: un giro conceptual". In: VV.AA. 1° *Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica* (2014). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

<sup>18</sup> Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 693/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

“[...] Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.”

En dicha **evaluación de riesgo cierto e inminente** deben fundamentarse con precisión los criterios que definan la medida a implementar. Es decir, en algunas situaciones evaluamos a un paciente que en ese momento consideramos que de retirarse de la institución en la que se encuentra, la probabilidad de **hacerse daño o dañar a otro es inminente**. Cuando nos encontramos con esta situación, debemos realizar una evaluación exhaustiva que determine el riesgo cierto e inminente, entonces recién ahí podremos definir una **internación involuntaria**. Determinando a través de ello, que las condiciones clínicas en las que está siendo evaluado el paciente ameritan tomar una medida por encima de su voluntad.

A veces el paciente evaluado acepta su internación, lo que permitirá continuar con la estrategia terapéutica, y *la obtención de su consentimiento informado, una vez cesada la situación evaluada como de riesgo cierto e inminente*.

*Si no podemos justificar que la situación es de riesgo cierto e inminente, pero la estrategia terapéutica que consideramos adecuada es de internación, requerimos que el paciente consienta con la indicación firmando su consentimiento*. Si no está de acuerdo con la medida propuesta, será necesario trabajar en equipo en pos de lograr que la estrategia que se lleve a cabo sea la que el equipo considere adecuada, pero conociendo que de no aceptarlo el paciente, no podremos forzar una indicación, situación que en la historia de nuestra práctica ha traído tantas desventuras.

Por otra parte, es diferente cuando alguien se presenta con la evidencia de un fracaso en la *respuesta*, solicitando ayuda por su sufrimiento. En estos casos, si se opera un fracaso en la operación del *pharmakon*, una ruptura del equilibrio alcanzado con el recurso, es probable que un tratamiento se inicie.

El circuito que recorren pacientes y allegados por diversos servicios de salud sin recibir la atención adecuada a su problemática agrava la situación que vienen padeciendo de vulneración de derechos, sometimiento, desamparo social y subjetivo, se trata de situaciones que circulan en los bordes de la exclusión y ameritan su alojamiento en dispositivos adecuados.

Hemos ya señalado que en las consultas se presentan muchas veces espejados en el discurso de la referencia social y atribuyen sus tribulaciones a una causalidad externa, ubicando a las drogas como agente o a las malas compañías.

En el módulo anterior, habíamos situado precisamente que el fenómeno de la segregación es complejo, pues es frecuente situar cierta *auto segregación* en aquellos individuos que se nominan *drogadictos*, como una suerte de envés de la segregación impuesta por el Otro.

En este punto, me interesa comentarles el interesante texto<sup>19</sup> del psicoanalista francés Paul - Laurent Assoun.

“[...] ¿Quién dice Ud. que soy? ¿Un excluido? Entonces voy a hablar con este nombre que Ud. me da [...] la exclusión se convierte en el síntoma material que el sujeto convierte en rasgo para él y para otros[...] Círculo verificado en todas las patologías sociales: el toxicómano se identifica con el papel que el discurso le imparte convirtiéndolo en imaginario la etiqueta que le otorgó el saber médico social”.<sup>20</sup>

Ian Hacking, canadiense, filósofo e historiador de las ciencias, en su texto *¿La construcción social de qué?*,<sup>21</sup> distingue dos tipos de clasificaciones en los campos disciplinares:

a) En la clasificación basada en las *clases naturales*, propia de las ciencias físicas y naturales, el individuo o elemento clasificado es *indiferente* respecto del atributo que lo clasifica, éste no modifica su comportamiento. Esto es, a la ameba o al quartz les es indiferente lo que se predique o discuta sobre sus propiedades.

b) Según la clasificación basada en las clases interactivas, reservada al campo de las ciencias humanas y/o sociales, *el individuo interactúa con su clasificación*, no le es indiferente las descripciones, propiedades o rasgos *que se le atribuyan*, lo que se diga de él lo modifica y, a la vez, un cambio en su comportamiento incidirá en la clasificación.

Esto permite explicar la adaptación de los individuos al discurso de la referencia social que los clasifica, los etiqueta.

Esta **adherencia** nos advierte acerca de la valoración de la **función de anclaje** que cumple la nominación social para individuos que se presentan identificados como **adictos**. ¿De cuál cuestión nos advierte? De los riesgos de pasar rápidamente a deconstruir dicha identificación sin valorar previamente si se trata de una función compensatoria imaginaria en algunas presentaciones de psicosis con usos de drogas. En dichas presentaciones, los consultantes sostienen cierta **estabilización precaria** mediante la cobertura imaginaria que presta la identificación de **adicto**, que funciona como una suerte de muleta imaginaria **compensatoria de la forclusión del Nombre del Padre**.<sup>22</sup> **Se trataría entonces de una identificación mimética, una suerte de “como si”**, según la referencia que Lacan menciona en el *Seminario III Las Psicosis*.

La deconstrucción de este anclaje puede precipitar pasajes al acto, desencadenamientos psicóticos o deserción de los tratamientos.

En otras ocasiones se presentan situaciones de pacientes con psicosis y usos de drogas en franco desencadenamiento, que ameritan su incorporación a dispositivos de mayor complejidad y contención.

Estas presentaciones conllevan diversos obstáculos a la hora de definir estrategias posibles de tratamiento, como también, al momento de decidir el ingreso a un dispositivo adecuado o la derivación a otras instituciones, en aquellos casos en que no se pueda brindar una respuesta eficaz, en términos de los alcances y límites de la institución y/o del servicio.

---

<sup>19</sup> Assoun, Paul -Laurent (2001). “El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica social del trauma”. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, Colección Freud Lacan.

<sup>20</sup> Assoun, Paul -Laurent (2001). “El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica social del trauma”. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, Colección Freud Lacan, Pág.34.

<sup>21</sup> Hacking, Ian (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Ed. Paidós.

<sup>22</sup> Jacques Lacan: sitúa la función del Nombre del Padre como la instancia simbólica reguladora de goce, cuya inexistencia o forclusión daría cuenta de la estructura en el campo de las psicosis. Referencias del *Seminario III Las Psicosis*, Buenos Aires: Ed. Paidós.

En todas las modalidades contempladas, se tratará entonces de crear las condiciones y dispositivos que apuesten a una clínica “desegregativa”, apelando a la singularidad de cada caso evitando la segregación, o sea, no tratarlos como adictos.

Las intervenciones en la primera entrevista deben localizar las coordenadas de la situación particular actual de cada consultante para diseñar las intervenciones singulares que articulen:

“[...] el conocimiento de los determinantes y condicionantes históricos que operan en cada situación y la posición del consultante en relación con el pedido de tratamiento.

[...] significa reconocer que en cada paciente hay una necesidad y una demanda singulares y que es posible construir para cada sujeto un tratamiento adecuado que permita producir cierta modificación de su posición subjetiva en relación con el consumo, y aminore su padecimiento”.<sup>23</sup>

Estas presentaciones frecuentes en la clínica institucional pública conllevan a la interrogación e interlocución con otros discursos y prácticas pertinentes a distintos saberes y disciplinas. La articulación de los equipos interdisciplinarios convoca entonces al desafío y a la convergencia de trabajo, que trascienda las explicaciones causalistas, lineales y reduccionistas.

### 3. 1. Campo del Psicoanálisis.

Para el campo del psicoanálisis interrogar las condiciones de posibilidad de una clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas configura una apuesta que se juega sobre el límite de la práctica, pues el entrecruce de la praxis del psicoanálisis con la práctica del consumo de drogas pone en cuestión dos prácticas disjuntas.<sup>24</sup>

¿Qué significa poner en cuestión dos prácticas disjuntas? Si Uds. recuerdan, en lógica de conjuntos se define que dos conjuntos son disjuntos cuando no comparten ningún elemento en común. En este caso tenemos, por un lado, la práctica del consumo problemático de drogas y alcoholes, situada como **prácticas de goce**,<sup>25</sup> tratamiento de lo real por la vía de lo real, y por otro, la práctica del psicoanálisis en relación a la palabra, tratamiento de lo real por lo simbólico.

Por ello, se puede decir **que ciertos consumos problemáticos cuestionan el límite de ambas prácticas, porque apostar a esta clínica implica poner a prueba la potencia de los conceptos del psicoanálisis. Aplicar algunos de sus aportes conceptuales implica apostar a que una práctica de goce – una técnica del tratamiento del cuerpo – se transforme en una práctica de palabra.**

Entonces la pregunta es: desde la práctica del psicoanálisis, ¿qué salidas posibles podemos plantear respecto a estos tratamientos del cuerpo?

Si recorremos ciertos pasajes de la historia del psicoanálisis respecto de su encuentro con las toxicomanías o consumos problemáticos, siguiendo a Sylvie Le Poulichet, se puede afirmar que:

---

<sup>23</sup> Bordalecou, Soledad; Bruni, Martín; Elia, María C.; Fridman, Patricia; Galland, Gabriela; Gargiulo, Silvana; Hagman, Gabriel; Lamothe, Natalia; Maula, Alejandra y Saeg, Teresa (2014). In: VV.AA. 1° Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de intervención clínica (2014). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

<sup>24</sup> El concepto de *prácticas disjuntas* fue acuñado por Adriana Testa, responsable del Módulo: Trauma y Adicción. Centro Descartes.

<sup>25</sup> El concepto de *goce* alude al circuito de satisfacción o insatisfacción pulsional trazado en el cuerpo.

“Existe una relación *equivoca* entre el psicoanálisis y la clínica de las toxicomanías: por un lado, contextos históricos y razones ideológicas han colaborado para producir pseudoteorizaciones equívocas en el enfoque de las toxicomanías que impregnaron a cierto psicoanálisis, que dejó caer en el olvido algunos trabajos de los discípulos de Freud – tanto A. Gross como E. Glover – quienes situaban, a mediados de la década del 30, a los procesos tóxicos como apartados de la concepción médica de la sustancia tóxica [...]”.<sup>26</sup>

Dichas investigaciones fueron eclipsadas por el brillo y la pregnancia que provoca la revolución **psicofarmacológica contemporánea surgida en la década del 50, por un lado, y por otro, la emergencia del discurso sobre el flagelo social – en la década del 70 – contribuyó a reforzar el olvido de esas investigaciones.** Efecto de ese impacto, el abordaje sobre las toxicomanías queda constreñido a una serie de pseudoteorizaciones y simplificaciones que circulan como **estereotipos en distintos órdenes de discursos – médicos, jurídicos, morales y sociales – que han contribuido a coagular a la toxicomanía como entidad autónoma heredera del modelo médico y legal.**

“Dichos discursos recorren un amplio espectro que incluye desde la psicologización secundaria de los conceptos del psicoanálisis – la droga como objeto fetiche o como objeto oral – los reduccionismos de corte biologista que consagran la omnipotencia de las sustancias hasta los prejuicios morales e ideológicos que localizan a ‘la droga’ como ‘*flagelo social*’ [...]”<sup>27</sup>

Recién en la década del 80, podemos situar otros recorridos en el campo del psicoanálisis, entre ellos los aportes de Sylvie Le Poulichet, Eduardo Vera Ocampo, Fernando Geberovich, que comienzan a formular un cambio de paradigma en el encuentro entre psicoanálisis y toxicomanías.

En particular, Sylvie Le Poulichet, psicoanalista francesa, discípula de Jacques Lacan, en su libro *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*, interpela los diversos órdenes de discursos **sobre el “problema de la droga”, dirá que: “[...] la toxicomanía precipita un saber y causa prisa por concluir [...]”**.<sup>28</sup>

Esta afirmación confirma que la llamada **“toxicomanía”, “adicción”, configura más un síntoma social que produce perturbación – indicativo de la alarma social que el fenómeno convoca – pero, que no siempre constituye un síntoma para un sujeto.**

En su texto, Le Poulichet se interroga sobre el encuentro posible entre psicoanálisis y toxicomanías, desde la potencia de conceptos del psicoanálisis como *transferencia* y *pulsión*. Para ello, retoma el estatuto de ambigüedad y reversibilidad del *pharmakon*<sup>29</sup> y plantea la ruptura epistemológica con la entidad autónoma *toxicomanía*, situando la diferencia entre un uso simple de drogas presentes desde los albores de la historia de la humanidad con *las toxicomanías, consumos problemáticos* (diremos nosotros) que configuran más bien, una suerte de *remedio, recurso, respuesta o solución mediante una operatoria de supresión tóxica del dolor.*

<sup>26</sup> Le Poulichet, Sylvie (1996) “Toxicomanías”. En *Elementos para una Enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano* (bajo la dirección de Pierre Kaufmann). Buenos Aires: Ed. Paidós.

<sup>27</sup> Quevedo, Silvia (2007). “Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía un caso ejemplar” (en línea). Recuperado el 14/09/2013, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>

<sup>28</sup> Le Poulichet, Sylvie (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires- Madrid: Ed. Amorrortu.

<sup>29</sup> El estatuto del *pharmakon* revela ambigüedad y reversibilidad en su doble vertiente: remedio y/o veneno, placer y/o displacer.

Le Poulichet realiza una revisión conceptual del trayecto freudiano respecto a la intoxicación,\* sitúa referencias precisas en la obra de Freud (1884/1887) desde “Escritos sobre la cocaína”<sup>30</sup> pasando por “La sexualidad en la etiología de las neurosis” (1895),<sup>31</sup> “Manuscrito G. Melancolía” (1895),<sup>32</sup> “La represión” (1915),<sup>33</sup> “Conferencia 24” (1916-1917) hasta “El malestar en la cultura” (1929/1930).<sup>34</sup>

Estas referencias le permiten la formulación de la **hipótesis económica de la operatoria de *pharmakon* basada principalmente en las teorizaciones freudianas sobre el dolor y sobre las neurosis actuales**. Estas contribuciones, en parte, sostendrán su apuesta a una clínica de las toxicomanías. La operación del *pharmakon* será el acto que funda un consumo problemático que, a diferencia de un uso o consumo simple de sustancias, constituye una *operación de supresión tóxica del dolor*, de carácter económico, transitorio, precario, que atraviesa las diversas estructuras clínicas, mediante montajes adictivos que recibirán las denominaciones de *suplemento y suplencia*.

Dichos montajes adictivos *serían formaciones narcisistas no sintomáticas, no descomponibles que se incrustarían en las estructuras, que al modo de un repliegue organizarían un dispositivo de urgencia de sustracción al dolor*.

En situaciones de abstinencia, es frecuente escuchar en los decires de algunos pacientes frases tales como “el cuerpo me lo pide”, que intenta dar cuenta de la búsqueda de la **satisfacción inmediata bajo una forma de urgencia corporal** que los lleva compulsivamente a consumir sustancias. Las **razones del** borramiento de la angustia, del conflicto, de los recuerdos, son diferentes para cada caso atendiendo a su singularidad, hay que ubicarlos en los acontecimientos históricos que preceden a esta operatoria.

Entonces, esta operación del *pharmakon*, de cancelación tóxica del dolor, organiza una suerte de repliegue narcisista, configurando un **dispositivo de autoconservación paradójica**. Se trata de una operatoria económica, no estructural para lograr la homeostasis, al margen del lenguaje.

¿De qué se trata este dispositivo de autoconservación paradójica?

La autoconservación paradójica, más allá de los daños físicos y el empobrecimiento psíquico que promueve, configura un *modo de protección* frente a acontecimientos o pensamientos amenazadores que suscitan para los sujetos una suerte de devastación

---

\* Intoxicación: es el nombre freudiano de las toxicomanías, consumos problemáticos.

<sup>30</sup> Freud, Sigmund (1884/1887). “Escritos sobre la cocaína”. Ed. Anagrama. 1980. Allí, Freud expone las variaciones de las reacciones individuales frente a la cocaína, la hipótesis de la anestesia del dolor frente a las afecciones dolorosas. La acción de la cocaína sobre las afecciones dolorosas.

<sup>31</sup> Freud, Sigmund (1898). “La sexualidad en la etiología de las neurosis”. In: \_\_\_\_\_ *Obras Completas*, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 3ra edición. Freud planteaba la no conveniencia de las terapias de privación, de alejamiento del objeto, situaba la causa o el agente en la insatisfacción-satisfacción y no en la sustancia, que no se trata de alejar la droga sino de ubicar la fuente de la insatisfacción. También en ese mismo artículo, tal como lo hemos expuesto en clases anteriores, sitúa el **concepto de neurosis actuales**, ubicando a las neurastenias y a las neurosis de angustia como formaciones actuales del presente, “serían desórdenes de la vida sexual actual”, es decir, que no reconocen su origen en los conflictos de la infancia, sino que son actuales. Tienen una etiología somática y no psíquica. Luego, en otros escritos, en la Conferencia 24, correspondiente a las Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1916-1917), Freud incluirá dentro de la categoría de las **neurosis actuales** a las intoxicaciones junto a las neurastenias, neurosis de angustia, como manifestaciones que no se dejan descomponer analíticamente, se trataría de formaciones no sintomáticas que carecen de significación, distintas a las formaciones del inconciente, pertenecientes al campo de las psiconeurosis de defensa. Freud, Sigmund (1916-1917). “Conferencia 24, Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”. In: \_\_\_\_\_ *Obras completas*, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

<sup>32</sup> Freud, Sigmund (1895). “Manuscrito G. Melancolía”. En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores. En este manuscrito, el dolor (*Schmerz*) no es displacer (*Unlust*); corresponde a una efracción, una hemorragia, por una especie de agujero en el psiquismo, una desligazón o rotura de las asociaciones.

<sup>33</sup> Freud, Sigmund (1915). “La represión”. En *Obras Completas*. Tomo II. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva 3ª edición. En 1915, en el texto de “La represión”, dirá la cancelación tóxica opera en lugar de la represión. Esta pseudo pulsión (dolor), que intenta ligar las excitaciones tras una efracción, engendra una nueva organización del aparato psíquico en la que éste **no responde al proceso de la represión sino que solicita una cancelación tóxica o una poderosa distracción psíquica**.

<sup>34</sup> Freud, Sigmund (1929/1930). “El malestar en la cultura”. En *Obras Completas*. Tomo III. Cap.2. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva 3ª edición. Págs. 3023-3030. Freud sostiene que las sustancias siempre han tenido un lugar en la economía libidinal de los pueblos, allí se trata de reconocer una cuestión estructural presente en la condición humana.

psíquica mayor, una efracción.\* Es una operación conservadora, homeostática, un tratamiento de lo real del cuerpo, una suerte de automedicación al precio del aplastamiento subjetivo, intenta modelar un cuerpo nuevo sin pérdida alguna, un cuerpo fuera del lenguaje.

En el decir de Le Poulichet: [...] *una forma de goce más acá de una dialéctica de la necesidad, del deseo, de la demanda y de la falta* [...] **cuando el cuerpo no cuenta con un anclaje en la cadena significante.**

Este hallazgo de Le Poulichet permite refutar precisamente las pseudoteorías psicologistas sobre la *supuesta autodestrucción de los toxicómanos*.

Como hemos expuesto, las *toxicomanías son variadas*, no constituyen una organización psicopatológica autónoma, no son una entidad clínica en sí misma, se trata de un fenómeno transestructural que atraviesa las distintas estructuras clínicas: neurosis, psicosis.

La operación del *pharmakon*, ese remedio que puede trocarse en veneno, ese dispositivo de autoconservación paradójica donde *alguien se pierde para conservarse* ¿qué función cumple en las neurosis y en las psicosis?

Los montajes adictivos de *suplemento* destinados a propiciar una **tentativa de suspensión del deseo y del conflicto psíquico se situarían en el campo de las neurosis, se trata de la detención por un largo tiempo de alguien en la búsqueda del reconocimiento del Otro. En cambio, los montajes adictivos de *suplencia* indicarían un desfallecimiento simbólico y se situarían en términos de elaboración de la *apertura parcial o apertura total* del cuerpo al goce.**

Sin realizar una correspondencia estricta con clasificaciones rígidas, la *apertura parcial* del cuerpo podría situarse en las configuraciones más afines a las **neurosis sin transferencia** y en el caso de *apertura total* del cuerpo al goce, se ubicarían en el campo de las psicosis.

De todos modos, estas indicaciones cobran valor en la lógica del caso por caso. Es central ubicar el valor o función enigmática que ocupa la operatoria del *pharmakon* en la problemática del sujeto, localizar en la singularidad de cada individuo, a qué otra satisfacción paradójica responde este intento de *respuesta, solución o recurso* para anestesiarse el dolor. Se trata de *desustancializar* la clínica interrogando el enigma del tóxico.

**Dos referencias serán centrales respecto a la intersección de psicosis y usos de sustancias, en algunos autores, como Le Poulichet y Maleval.**

**1) La función compensatoria real del producto y**

**2) El estatuto de la función compensatoria imaginaria.**

1) En algunos sectores del psicoanálisis, es un hecho frecuente escuchar la desestimación de los efectos neuroquímicos de las sustancias en el SNC, o sea, la función real del producto como compensatoria de una desestabilización en el caso de psicosis con uso de drogas. En la entrevista "Particularidades del uso de drogas en las psicosis"<sup>35</sup> Jean Claude Maleval comenta:

"[...] que la función del producto no es aleatoria... los efectos sobre el psiquismo difieren según la sustancia y lo real tiene su especificidad [...] también se sabe que para los usuarios no todas las drogas son equivalentes, la función del producto puede atemperar o deslocalizar (el goce)... no todo se juega en los movimientos del espíritu [...]"<sup>36</sup>

---

\* Efracción: fractura, ruptura violenta.

<sup>35</sup> Sánchez, Mario (2001). "Particularidades del uso de drogas en las psicosis". Entrevista realizada a Jean Claude Maleval. Publ. Ann. Med. Interne, 152, suppl. Au n° 7. Paris, Masson, pp. 2253-2258.

<sup>36</sup> Sánchez, Mario (2001). "Particularidades del uso de drogas en las psicosis". Entrevista realizada a Jean Claude Maleval. Publ. Ann. Med. Interne, 152, suppl. Au n° 7. Paris, Masson, pp. 2253-2258.



Le Poulichet sitúa la interrupción o cancelación brusca del consumo de drogas, como una de las condiciones propiciatorias del desencadenamiento psicótico destacando aquí *la dimensión de la función económica compensatoria* de la operatoria del *pharmakon*.

2) Hemos comentado en clases anteriores que en las presentaciones de psicosis y usos de drogas la nominación *adicto* indica cierta estabilización precaria mediante la cobertura imaginaria que presta la identificación de *adicto*, que funciona como una suerte de “muleta imaginaria” que evita el responder en nombre propio, en primera persona.

Durante años el cuestionamiento a la nominación “soy adicto” constituyó una práctica habitual en nuestro medio. Maleval advierte precisamente tanto sobre los *riesgos de cuestionar las identificaciones imaginarias* como sobre *la amenaza de interdicción al consumo*, situándolas como condiciones propiciatorias de desencadenamientos psicóticos.

Sería pertinente entonces, de **acuerdo a lo expuesto, considerar el estatuto de la función compensatoria imaginaria y de la función compensatoria real, económica del producto, enmarcados en la hipótesis de una suerte de automedicación antes que en la búsqueda de un placer o satisfacción extraordinaria.**

Cuando el consumo de tóxicos se convierte en una circularidad cotidiana, donde *la droga les permite sentirse normales*, lejos están los primeros tiempos del descubrimiento iniciático cuando el producto engendraba experiencias espectaculares. Retomando la pregunta del inicio: ¿qué estrategias posibles, desde la práctica del psicoanálisis, podemos plantear respecto a estos tratamientos del cuerpo?

Hemos expuesto que estos consultantes presentan prácticas de goce **que no se organizan por el régimen del significante, de lo simbólico, sino que más bien se trata de técnicas de goce, a la manera de las neurosis actuales que no son interpretables.**

Cuando alguien **viene a la consulta es porque algo en la solución homeostática falló**, para posibilitar ese pasaje de la práctica de goce a la práctica de la palabra, es necesario acudir a un concepto fundamental que es el de **transferencia**. Ahora la pregunta es ¿con qué transferencia se trata de operar en estas presentaciones?

En la clase anterior, habíamos situado que las presentaciones se caracterizan por una suerte de *demanda convulsiva*<sup>37</sup> así llamada por su inmediatez, por cierta urgencia imperiosa para luego desistir de la misma. Esta demanda daría cuenta de *una posición ambivalente hacia el Otro*,<sup>38</sup> enuncia dificultades para establecer un lazo social, o cierta desconfianza en el valor de verdad de la palabra o “increencia” en lo que el otro pueda ofertar. Decíamos que, en muchos de los casos, se trata de sujetos que han constituido una decepción, una molestia para el Otro primordial, estas presentaciones preanuncian también obstáculos para construir un lazo transferencial.

Por ello me interesa comentarles dos referencias conceptuales ineludibles tendientes a *generar las condiciones para una transferencia real, en principio, no simbólica ante estas presentaciones:*

a) El *ahuecamiento de la demanda* (Le Poulichet, S.): el analista debe ofertar **signos** de mostrarse en posición de falta para propiciar el alojamiento en *la transferencia de lo real del objeto*; y b) *la rectificación del Otro* (Recalcati, M.).

<sup>37</sup> Recalcati, Massimo (2004). “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe”. Rev. *Ornicar?* Digital – Nouvelle Epoque N° 58. Paris, pp.1-6.

<sup>38</sup> Verhaeghe, Paul (2007). “Crónica de una muerte anunciada: El final de las psicoterapias”. Traducción por Miguel M. Martínez y Héctor Mendoza con autorización del autor. Texto original: Dublin City University. Health 4 Life Conference 2007. Thinking, Feeling, Being: Critical Perspectives and Creative Engagement in Psychosocial Health. 10 -13 September.

En el artículo “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe”,<sup>39</sup> Recalcati se interroga: ¿qué Otro estamos en capacidad de ofrecer al sujeto que se presenta con un exceso de goce?

En lugar de la oferta de la clínica clásica de las neurosis que insiste en privilegiar la rectificación de la posición del sujeto, Recalcati formula la operación de rectificar al Otro, esta rectificación significa:

“[...] encarnar como analista un Otro diferente de aquello real que el sujeto ha encontrado en su historia, y que se presenta como un Otro incapaz de operar con la propia privación, encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no callarse, no obturar, no sofocar, no atormentar, que posibilite un lazo posible con el otro o bien una transferencia con el Otro. [...] Este desarrollo exige en realidad en la nueva clínica un “sí” preliminar al sujeto, que puede introducir un Otro diferente del Otro (traumático por excesiva presencia o por excesiva ausencia) que el sujeto ha encontrado en su propia historia. [...] En la época del Otro que no existe debemos intentar reintroducir el sujeto en una dialéctica vivible con el Otro.”<sup>40</sup>

Nos interesa localizar el valor de primera entrevista que inicia el trayecto de alojar a los consultantes en la institución para propiciar el ingreso a los tratamientos posibles. Situándonos de esta manera, la rectificación del Otro significa dar **signos o muestras de interés** a alguien respecto de su padecimiento. Es preparar, desde el dispositivo de primera entrevista, algunas maniobras que permitan abrir la puerta de entrada a un tratamiento que se iniciará en otros dispositivos, y que será singular en cada caso y situación.

Para ello, debe situarse en términos de localizar la situación actual del padecimiento subjetivo, la posición del consultante frente a su sufrimiento y a su demanda de tratamiento singular. Las intervenciones deben localizar las coordenadas de la situación actual para construir las intervenciones singulares que articulen su situación actual con los acontecimientos históricos que condicionaron su padecer. Para ello, es preciso situar la ocurrencia de acontecimientos previos o sincrónicos a los consumos problemáticos donde el cuerpo es tomado como sede de diversos experimentos, excesos, maltratos, cortes, accidentes, tatuajes bizarros, anorexias, bulimias, fenómenos psicósomáticos, intoxicaciones, sobredosis, intentos de suicidio, o lesiones a otros. Asimismo, es válido intentar articular los momentos de inicio del consumo, aumento del consumo, como también la decisión de consultar en determinada coyuntura histórica del sujeto. Es necesario, en este recorrido, ubicar efectos de tratamientos anteriores, si los hubo o no, que permitan reformular la demanda convulsiva, para resituar el pedido de ayuda actual en otros términos.

No será función de esta entrevista realizar precisiones en términos de diagnóstico diferencial de estructura relativas a las incertidumbres diagnósticas neurosis-psicosis, que requieren de un tiempo, de varias entrevistas posteriores a procesar en los dispositivos de tratamiento cuando haya una tramitación de la transferencia en términos más estables.

Decíamos que construir intervenciones interdisciplinarias implica localizar la articulación de puntos de convergencia entre saberes, prácticas y posicionamientos ideológicos que tomen en cuenta las dimensiones y condiciones diversas que atraviesan la existencia humana en el orden de lo subjetivo, lo social, lo biológico.

---

<sup>39</sup> Recalcati, Massimo (2004) “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe” (en línea). Recuperado el 27/05/2014 de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp>

<sup>40</sup> Recalcati, Massimo (2004) “La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe” (en línea). Recuperado el 27/05/2014 de <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp>

Desde el campo del psicoanálisis, situar los aportes que permiten converger – en un proceso de construcción de intervenciones integrales e interdisciplinarias – pasa por estimar tanto la importancia de la homeostasis económica provista por la operatoria del *pharmakon* y, en consecuencia, el valor de la función compensatoria económica – en algunas presentaciones – como también localizar la dimensión social de la problemática de los consumos de sustancias como cuestión paradigmática de la segregación contemporánea, indicadores del necesario entrecruce con las demás disciplinas.

Estos aportes configuran un *giro conceptual* en la posibilidad de tramitar intervenciones que apunten a promover la desmasificación, una auténtica apuesta desegregativa, ubicando la brújula que nos orienta en escuchar la singularidad de cada quien en la situación en que se inscribe su padecimiento.

#### **4. ADE: Dispositivo de primeras entrevistas, núcleo central de evaluación interdisciplinaria.**

En esta clase, examinaremos el dispositivo de primeras entrevistas en ADE como núcleo central de evaluación interdisciplinaria de la situación actual de cada consultante y analizaremos la determinación de condiciones posibles de tratamiento, criterios de derivación e ingreso a dispositivos de tratamiento singularizados.

Nos interesa localizar el valor de la primera entrevista que inicia el trayecto de alojar a los consultantes en la institución para propiciar el ingreso a los tratamientos posibles. Por ello, es imprescindible centrar el eje en *la evaluación central de la situación actual* de los consultantes desde la perspectiva del equipo interdisciplinario.

Estas entrevistas de primera escucha pueden iniciar un proceso de uno o más encuentros, según el caso por caso, no será función de estas entrevistas realizar precisiones en términos de diagnóstico diferencial de estructura relativas a las incertidumbres diagnósticas neurosis-psicosis.

La realización de una **evaluación diagnóstica de estructura** lleva un tiempo, marcado por el establecimiento de cierta condición previa: *la posibilidad de constitución de un lazo transferencial*. Se trata de un proceso nada fácil, sobre todo si tenemos en cuenta la complejidad de las presentaciones en esta clínica cuando el tóxico interjuega con la estructura.

Para ello, estas entrevistas deben situarse en términos de localizar *la situación actual* del padecimiento, la posición del consultante frente a su sufrimiento y a su demanda de tratamiento, para entonces poder diseñar las intervenciones singulares que articulen su situación actual con algunos acontecimientos históricos que condicionaron su padecer.

Para ello, es preciso situar la ocurrencia de acontecimientos previos o sincrónicos a la consulta actual, donde el cuerpo es tomado como sede de diversos excesos, maltratos, cortes, accidentes, anorexias, bulimias, fenómenos psicosomáticos, intoxicaciones, sobredosis, intentos de suicidio, o lesiones a otros. Asimismo, intentar articular los momentos de inicio del consumo, aumento del consumo, como también la decisión de consultar en la actual coyuntura del sujeto. Es necesario, en este recorrido, ubicar efectos de tratamientos anteriores, si los hubo o no, que permitan reformular la *demanda convulsiva*, para resituar el pedido de ayuda actual en términos más estables.

La evaluación de estas entrevistas constituye un *corte en la transversalidad histórica*, situando el entrecruzamiento de los aspectos subjetivos, psiquiátricos y el soporte vincular y social. De este modo es posible conformar el entramado que propicie las intervenciones interdisciplinarias e integrales en términos de una evaluación que ubique el momento actual con los antecedentes históricos.

Son intervenciones que definen hoy un modo de tratamiento que promueve efectos que modifican, a su vez, la dinámica de la situación, y permiten dialectizar algo del malestar subjetivo. Por ello, *la evaluación es dinámica*, pues se trata de localizar los efectos, en términos de posibilidades de modificación actual, para poder examinar otras posibilidades de otros dispositivos, evitando así evaluaciones cristalizadas y atemporales.

Es importante ubicar la importancia de este dispositivo, como el inicio de los primeros pasos en las maniobras de *alojamiento en la transferencia*, maniobras que consisten en preparar las condiciones que permitan abrir la puerta de entrada a un tratamiento que se iniciará en otros dispositivos, y que será singular en cada caso y situación.

Entonces, es necesario crear una disposición receptiva por parte del equipo evaluador que transmita la confianza necesaria para que alguien pueda hablar de su padecimiento, dando *signos y muestras de interés* respecto de la situación que promueve su acercamiento a la institución.

En algunas situaciones clínicas como las analizadas en módulos anteriores, podemos advertir la importancia estratégica que adquieren estas entrevistas ante consultas imprecisas, en términos de poder transformar lo incierto en pedidos de ayuda que se tramitaron en dispositivos de internación breve, acordes a la urgencia que ameritaba la situación de padecimiento de quienes consultaron.

En otros casos, se tratará de poder modificar la *demanda convulsiva* de internación, con la posibilidad de inclusión de los consultantes en dispositivos de tratamiento ambulatorio: sea, en consultorios externos o en hospital de día.

Para ello, se evalúan las condiciones de tratamiento posible tanto en dispositivos de tratamiento ambulatorio: hospital de día, consultorios externos, como en dispositivos de internación.

Es necesario enfatizar que, luego de las entrevistas de primera escucha de ADE, la inclusión de los pacientes en los dispositivos de tratamiento posteriores implicará *un proceso de admisión a realizar por el equipo tratante donde se evaluarán las condiciones para poder situar aproximaciones diagnósticas más precisas cuando haya una tramitación de la transferencia en términos más estables*.

**Lic. Silvia Quevedo**