



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Investigación bibliográfica:

“Clínica psicoanalítica y adicciones. A un más allá”

Autora: Marcuzzi, Florencia.

Legajo: M-5070/9

Docente responsable: Inchaurreaga, Silvia.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que me han acompañado a lo largo de este proceso que, personalmente, es muy importante, ya que marca el fin de una etapa y el comienzo de una nueva.

Me gustaría agradecer a Silvia Inchaurrega, por acompañarme, por guiarme y por sus valiosos aportes en la producción de esta Investigación Bibliográfica.

A Martín Contino, por aconsejarme, por la responsabilidad y dedicación con la que se dirigió.

A Jorge Faccendini, por la predisposición inmediata a formar parte de este trabajo.

A mis amigas y amigos, por estar siempre presentes, por compartir conmigo cada momento y convertirlos así en momentos únicos.

Y muy especialmente a mi familia, por apoyarme en cada decisión, por ser mi sostén, por transmitirme tantos valores y por brindarme ese amor tan incondicional.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
FUNDAMENTACIÓN.....	3
CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN	5
Uso - Abuso – Consumos Problemáticos - Incorporación de las Adicciones a la Ley de Salud Mental 26.657	5
La clínica psicoanalítica	6
El objeto en psicoanálisis y la función del objeto en las adicciones	7
La transferencia como elemento fundamental de la clínica psicoanalítica. Freud y Lacan.....	8
La clínica psicoanalítica con sujetos con problemáticas de adicciones	9
CONCLUSIONES	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

RESUMEN

El presente trabajo de Investigación Bibliográfica consiste en una revisión de material textual relativo a la clínica psicoanalítica con sujetos con problemáticas de adicciones.

En la actualidad, las adicciones representan un emergente social muy importante. Frente a la multiplicidad de discursos y prácticas existentes en torno a esta problemática, la clínica psicoanalítica propone una mirada singular, con especial atención en la relación que el sujeto mantiene con determinado objeto, vislumbrando así la modalidad de goce intrínseca en cada una de esas relaciones.

Al establecerse un modo particular de gozar, el sujeto se aleja de la castración y, por ende, de la posibilidad de sostener un lazo con el otro. Así, la transferencia, como principal instrumento de la clínica psicoanalítica, presenta ciertas dificultades que, sin embargo, no representan su imposibilidad.

PALABRAS CLAVES

CLÍNICA PSICOANALÍTICA — ADICCIONES — OBJETO — GOCE —
TRANSFERENCIA

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta el recorrido realizado, tanto en aspectos teóricos como prácticos, considero que el interés por distintas temáticas fue variando durante estos años, a medida que iba conociendo e interiorizándome en diferentes métodos y teorías psicológicas.

A pesar de ello, hay un campo de trabajo en el cual siempre conservé un interés particular y que, sin embargo, nunca tuve la oportunidad de conocer en profundidad.

Por esta razón, al llegar a esta instancia final de la carrera, me pareció sumamente interesante poder dedicarme a la problemática de las adicciones, teniendo en cuenta la relevancia que representa esta temática en la actualidad, involucrando a sujetos de distintas edades y clases sociales.

Vivimos en una sociedad atravesada íntegramente por distintos tipos de consumo, por la publicidad, la creciente y acelerada producción de nuevas tecnologías y nuevos productos destinados a paliar el malestar que inevitablemente padecemos.

El sujeto que se nos presenta en análisis es un sujeto atravesado por una historia, por condiciones socio-económicas y culturales propias de su época.

Greiser (2012), plantea que Freud y Lacan anhelaban que el psicoanálisis se inscribiera en la cultura, sin limitarse al ámbito privado del consultorio.

Indagando como eje principal la clínica psicoanalítica con sujetos con problemáticas de adicciones, y los obstáculos que se presentan en la transferencia en dicha clínica, aspiro a que este trabajo resulte de interés y pueda servir como base para nuevas investigaciones.

FUNDAMENTACIÓN

La sociedad de consumo en la que vivimos se sostiene, siguiendo a Bauman (2007), a partir de una cultura consumista. Este tipo de sociedad promueve, alienta o refuerza la elección de un estilo y una estrategia de vida consumista. Se nos presentan constantemente nuevos objetos que tienen la particularidad de ofrecerse como objetos que saciarían nuestros deseos, ilusión que, por supuesto, tiene su fin rápidamente.

Freud, ya en 1930, nos decía:

La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas (1986, p. 75).

En este escrito, da cuenta del malestar que inevitablemente nos provoca la cultura a los seres humanos, inhibiendo nuestras pulsiones. En busca de la felicidad, considerada como un estado momentáneo, los hombres recurren a los quitapenas. Gracias a ellos “es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación” (Freud, 1986, p. 78).

Existen, en el campo de las adicciones, distintos paradigmas que se posicionan frente a la misma problemática de diferentes maneras.

Entendemos que el discurso médico-hegemónico plantea a la adicción como una enfermedad que debe ser curada, teniendo como referencia el ideal de salud como ausencia de enfermedad. El principal motivo se reduce a la explicación de causas biológicas, o al mero funcionamiento cerebral. En lugar de la administración de ciertas drogas, recetan otras, como ansiolíticos o antidepresivos, para paliar los efectos que la abstinencia produciría.

Ligado a este discurso se encuentra el Modelo de la Abstinencia, para el cual la condición de cese de consumo es requisito para el inicio del tratamiento. La cura sólo es posible si el sujeto deja la sustancia que provoca su adicción. “Es la droga la causa de la drogadicción y es ésta su consecuencia negativa” (Inchaurraga, 1996, p. 99).

En contraposición a este pensamiento, el paradigma de Reducción de daños tiene como objetivo promover una cultura de cuidado consumo. En este sentido, “se define a partir de la imposibilidad actual, transitoria o permanente, de detener la adicción y la necesidad de minimizar el daño que el sujeto se produce a sí mismo y/o a otros” (Inchaurraga, 1996, p. 98). Así, con el fin de preservar los Derechos Humanos, lo que se propone es que las personas tengan un fácil acceso a los sistemas de salud, sin caer en los prejuicios que suponen la ilegalidad de algunas sustancias.

Desde una mirada más sociológica y política, creemos que las causas de las adicciones se atribuyen a condiciones socio-culturales y económicas, generalmente vinculadas a contextos marginales. En este sentido, seguimos a la Defensoría de niños, niñas y adolescentes (DNNA):

Las desigualdades, la falta de equidad de oportunidades y justicia social, la pobreza multidimensional, la marginación, la discriminación, el desempleo, el abandono escolar, la ausencia de vivienda digna, las violencias, son contempladas como realidades causantes de la dependencia masiva a las sustancias (s.f., p. 18).

Por otra parte, el paradigma punitivo se basa en el prohibicionismo, orientándose a evitar el consumo de sustancias prohibidas. “Define al consumo de sustancias como un delito, y por lo tanto a quien consume como delincuente” (DNNA, s.f., p. 10).

Frente a los discursos existentes que abordan la problemática de las adicciones se toma como referencia, para la presente investigación, el enfoque psicoanalítico.

En la clínica psicoanalítica, la principal característica del abordaje con sujetos con problemáticas de adicciones consiste en poner el foco en las particularidades de cada caso, indagando la relación que tiene el sujeto con determinado objeto.

CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN

Uso - Abuso – Consumos Problemáticos - Incorporación de las Adicciones a la Ley de Salud Mental 26.657

Resulta necesario diferenciar las categorías de Uso, Abuso, Consumo Problemático y Adicciones; así como también destacar la importancia de la incorporación de las Adicciones en la Ley de Salud Mental nº 26.657.

Por uso se entiende aquel tipo de relación con las drogas en el que no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. “Refiere a un vínculo con las sustancias esporádico y ocasional” (DNNA, s.f., p. 28).

El término abuso tiene que ver con aquella forma de relación con las drogas en la que sí se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno. “Refiere a un consumo en exceso, con cierta periodicidad y con una intencionalidad en el vínculo” (DNNA, s.f., p. 28).

En la Ley nº 26.934, se define a los Consumos Problemáticos como:

Aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (2014, Cap. I, Art 2).

Ley de Salud Mental nº 26.657, propone tratar a las adicciones como “parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (2010, Cap. 2, art 4°).

Es pertinente mencionar el cambio de perspectiva producido a partir de la sanción de esta nueva Ley, que incluye como eje transversal la garantía de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental.

Anteriormente, el campo de las adicciones no estaba enmarcado dentro de las problemáticas de Salud Mental, ni tampoco eran reconocidos los servicios de salud allí descritos.

Se propone sustituir el artificio terapéutico que se utilizaba para su tratamiento (como internaciones prolongadas, que generalmente producían una consecuente estigmatización y aislamiento de la persona) por prácticas que tienden a reestablecer los derechos de los padecientes, su participación en propuestas de intervención, la inclusión de su familia e internaciones voluntarias y/o ambulatorias, y la participación de un equipo interdisciplinario en el tratamiento.

Si bien, como dije anteriormente, la Ley representa un gran avance en materia de Salud Mental y DDHH, a 8 años de su sanción, se presentan muchas dificultades y resistencias a su implementación, especialmente en relación a la sustitución de establecimientos permanentes por tratamientos ambulatorios.

El hecho de que las adicciones se hayan incorporado como una problemática contemplada en la Ley significa también un gran avance. Aunque, en la actualidad, continúa vigente el paradigma médico-hegemónico, y con él distintas prácticas que tienden a “erradicar el problema” de la droga sin preocuparse por las causas y el padecimiento subjetivo.

En este sentido, Giunipero plantea que “este tiempo de la clínica interdisciplinaria, de la toxicomanía como categoría del discurso médico-social, no debe hacer obstáculo al tiempo del sujeto” (1996, p. 94).

La clínica psicoanalítica

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Freud

Desde el psicoanálisis se ha pensado el conflicto en todas las dimensiones de la vida del hombre: en su funcionamiento mental, en las relaciones con el otro, en la vida social y la cultura. En el conflicto hay contenido un lenguaje en el cual habla el sujeto, y ese lenguaje es posible escucharlo y entenderlo.

En correspondencia con la idea de conflicto está la del síntoma psíquico, como una formación de compromiso que trata de contener en equilibrio tendencias contradictorias silenciándolas, impidiéndoles su entrada a la conciencia y al pensamiento. Es decir, el síntoma psíquico surge de la imposibilidad del sujeto para reconocer y enfrentar los conflictos de su existir, entre tendencias o deseos contradictorios o entre sus anhelos y la realidad exterior.

La propuesta del psicoanálisis no es la de anular el conflicto, sino la de dejarlo hablar. Hacer que, mediante la escucha, se restituya la dimensión del sujeto implicada en su existencia.

En relación a esto, Galende plantea:

El psicofármaco actúa en sentido contrario. Aliviar, silenciar los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto (la angustia, la ansiedad, el insomnio, la obsesión, la tristeza y el desgano del depresivo), no es sólo silenciar el conflicto, es también jugar a favor del síntoma y su permanencia, en tanto impide al sujeto actuar con conciencia sobre las contradicciones de sus deseos o de su realidad (2008, p. 27).

Esta oferta del psicofármaco constituye un ofrecimiento de desubjetivar el conflicto, atribuir su presencia a causas exteriores al sujeto y, por lo tanto, eximirlo de cualquier responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo.

Por su parte, Lacan, plantea que si bien la clínica tiene como base lo que se dice en un análisis, no coincide completamente con eso. La clínica psicoanalítica consiste en primer lugar en interrogar el análisis.

También la práctica del analista es para Lacan objeto de la pregunta de la clínica. La clínica no es la experiencia entonces. No es tampoco la acumulación de experiencia.

Lacan, en 1977, expresa que:

La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar al análisis, sino en interrogar a los analistas, de modo que éstos hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa, y que justifique a Freud el haber existido. (...) La clínica psicoanalítica debe ayudarnos a relativizar la experiencia freudiana (s.f., pág. 13).

Nos parece imprescindible no sólo preguntar, sino también leer a Freud, volver a las fuentes de quien fundó el discurso psicoanalítico frente a las dificultades teóricas y prácticas que suscita cada nuevo caso.

Hoy, para nosotros, la clínica psicoanalítica consiste también en interrogar los textos de Lacan, por la misma razón. Los que nos aventuramos a ello, sabemos que cada lectura adquiere una nueva significación.

Dentro del dispositivo analítico no existe un universal. El sujeto que consulta debe interrogarse sobre lo que le ocurre, y tener un entendimiento de que está de algún modo implicado en su queja o demanda.

Lo específico del abordaje de la clínica psicoanalítica con sujetos con problemáticas de adicciones radica en poner el acento en el carácter particular del discurso del sujeto, en el vínculo que establece con su objeto y en la naturaleza de ese objeto que se ve obligado a construir para sostener su discurso.

El objeto en psicoanálisis y la función del objeto en las adicciones

*“De consumir a consumir (se); de consumos que iluminan un instante a usos que rompen los tejidos de los recuerdos.
Isla*

Para pensar cuál es la función y cómo llegan los sujetos a apropiarse de determinados objetos, es necesario un breve recorrido de la categoría de Objeto para el psicoanálisis.

Freud postula en sus obras la existencia de un objeto perdido, a diferencia de Lacan que plantea una falta de objeto. Afirma que el duelo se presenta cuando, después del examen de la realidad, se demuestra que el objeto ya no existe más. A partir de allí, se emprende un gran trabajo para quitar la libido de ese objeto y desplazarla a otro.

En cambio, en la melancolía, “la sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado” (Freud, 1978, p. 246). Como consecuencia, se produce una bipartición del Yo entre el Yo crítico y el Yo alterado por la identificación. De aquí se va a servir Lacan para hacer una revisión del estatuto del objeto.

Lacan (2002) explica que el Yo se construye en el niño como consecuencia del lenguaje. Entre los 6 y los 18 meses el niño se ve en el espejo, anticipa una imagen como completa y con ella se identifica.

En la identificación primaria, la del Estadio del espejo, el niño, frente a la imagen que se le anticipa como completa, no puede responder. El Yo es producto de una identificación, pero de esa imagen queda un resto que no entra en la identificación. Este resto es lo que va a retornar de ahí en más como una demanda de ser reconocido en una identificación posible. Es decir, es el objeto que pone a trabajar la demanda como tal, demanda de reconocimiento y de ser amado. Es gracias a este resto que deseamos. “El aislamiento de a se produce a partir del Otro, y es en la relación del sujeto con el Otro que se constituye como resto” (Lacan, 2015, p. 127).

Por lo tanto este resto, que no entra en la identificación, es lo que Lacan va a llamar objeto a. El a “es ese resto, ese residuo, ese objeto cuyo estatuto escapa al estatuto del objeto derivado de la imagen especular” (Lacan, 2015, p. 50).

Este objeto no puede ser nombrado, es “un objeto externo a toda definición posible de la objetividad” (Lacan, 2015, p. 98).

Lacan cuando aborda el duelo, plantea que hay algo en él que es imposible de saber, porque no se puede nombrar. La pérdida del objeto amado muestra algo que no se explica solamente por las características del objeto, por la sobrevaloración de ese objeto, algo que pone en repetición la pérdida de Ser, que se inscribe como perdido.

En el campo de las adicciones se plantea una situación paradójica: el mismo objeto que produce una satisfacción puede cambiar de signo y volverse displacentero.

Lacan propone llamar al campo donde coexisten el placer y el displacer como campo del Goce. El goce se presenta como satisfacción de una pulsión. Al estar más allá del principio del placer, no podemos asegurar su existencia, es decir, no hay posibilidad de nombrarlo, pero sabemos de ella a partir de sus efectos. Este campo está regido por la repetición, y ésta, en las adicciones, toma la forma de compulsión.

En este sentido, Miller afirma que se justifica la introducción del término de goce para designar aquello que “se sitúa más allá del principio del placer, lo que no está ligado a una moderación de la satisfacción sino por el contrario, a un exceso, a una exacerbación de la satisfacción que confluye en la pulsión de muerte” (1989, p. 17).

Un sujeto puede ser adicto a una infinidad de cosas. El objeto que tome para su adicción media entre el sujeto y la eficacia del Superyó. “Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó. El superyó es el imperativo del goce: ¡Goza!...” (Lacan, 1989).

La transferencia como elemento fundamental de la clínica psicoanalítica. Freud y Lacan

“La transferencia se convierte entonces en el campo de batalla (...). Toda la libido, así como toda resistencia contra ella, converge en una única relación, la relación con el médico.”
Freud, 1917

Freud menciona por primera vez la noción de transferencia en los “Estudios sobre la histeria”, para seguir trabajándola en distintas obras posteriores.

Plantea que “la transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo” (Freud, 1996, p. 402).

En la transferencia, el paciente actualiza sus sentimientos y deseos inconscientes sobre el médico. Estos sentimientos no provienen de una situación presente y tampoco valen para la persona del médico.

El autor manifiesta que el analizado no recuerda lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. Lo repite sin saberlo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto.

La transferencia no es por sí misma más que una repetición. A partir de esta repetición surgen los caminos para la evocación de recuerdos, una vez que son vencidas las resistencias.

Entonces, “la transferencia, que (...) parecía significar la más poderosa amenaza para la cura, se convierte en el mejor instrumento de ella, con cuya ayuda pueden desplegarse los más cerrados abanicos de la vida anímica” (Freud, 1996, p. 403).

Cuando la cura se ha apoderado del enfermo, y puede establecerse este tipo de relación transferencial, la antigua Neurosis se sustituye por una Neurosis de Transferencia. Todos los síntomas del enfermo abandonan su significado originario y se incorporan a un sentido nuevo que consiste en un vínculo con la transferencia.

Freud plantea:

El trabajo terapéutico se descompone en dos fases; en la primera, toda la libido es esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia y concentrada ahí, y en la segunda se libra batalla en torno de este nuevo objeto, y otra vez se libera de él a la libido (1996, p. 414).

Los límites de la terapia psicoanalítica se encontrarían entonces en la imposibilidad de movilidad de la libido y en la rigidez del narcisismo. En el primer caso, porque la libido no puede abandonar sus objetos. En el segundo caso, porque en el narcisismo hay un retraimiento de la libido sobre el yo.

Lacan, por su parte, da cuenta de la transferencia como motor y condición misma del análisis. Gracias al sujeto supuesto saber, el sujeto cree en el Otro y se dirige a él suponiendo que el saber ya está en alguna parte, y que donde hay saber hay un sujeto que sabe. El sujeto supuesto saber es una significación de saber, no un saber del analista o del analizante: se sitúa entre ambos en la medida en que el saber inconsciente del sujeto se despliega bajo transferencia.

En este sentido, Álvarez afirma:

En la relación analítica no se trata solamente de la presencia de un pasado que retorna, sino también la presencia en acto de algo que se crea, una ficción, para ese otro que nos está escuchando. No se trata solamente del retorno de un pasado, sino del acto creador para el analista - las formaciones del inconsciente (2012, p. 60).

Hay que diferenciar lo que se llama interpretar la transferencia (poner palabras donde antes sólo se actuaba) con lo que podríamos denominar ahora interpretar en transferencia (lugar desde el cual surge la interpretación, ya que el analista no está por fuera de lo que produce el paciente).

La clínica psicoanalítica con sujetos con problemáticas de adicciones

“Las curas de abstinencia (...) tendrán un éxito sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella”.
Freud, 1898

En Freud encontramos muchas referencias al consumo de narcóticos.

Desde sus inicios se interesó por la influencia de determinadas sustancias en el psiquismo humano, siendo en una época un gran defensor de los efectos curativos del consumo de cocaína.

Define a la masturbación como adicción primordial, y todas las demás serían adicciones segundas respecto de esta primera: son sustitutas. "La masturbación es el único gran hábito que cabe designar adicción primordial, y las otras adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella" (Freud, 1982. p. 314).

El autor plantea que el acto masturbatorio se descompone en dos partes: los movimientos mecánicos y la evocación de una fantasía. En un primer momento, la acción estaba destinada a satisfacerse de manera autoerótica en un determinado lugar del cuerpo, y sólo más tarde se une a la fantasía.

En las obras de Lacan, por otra parte, hay pocas referencias a la droga. Una de las más importantes es la de considerarla como aquello que permitiría “escapar al casamiento del niño con su pequeño hace-pipi” (1976).

En sus teorizaciones, a partir del Seminario 19, Lacan se interrogará por un goce diferenciado del goce fálico, no regulado por la Ley del padre. Un goce propiamente femenino, que da cuenta de un goce Uno, *goce del idiota*, que no participa del Otro. Es lo que demuestra en la escritura de los matemas de la sexuación, en el Seminario 20.

Del lado todo, que es el lado del goce fálico, ubica un Universal: todos los hombres se inscriben en la función fálica. Para que ese universal exista, explica que tiene que haber al menos uno que quede fuera del conjunto, y toma para eso al padre de Tótem y tabú.

Lo que del lado del hombre vale como interdicción de un goce, figurado por el padre primitivo, del lado mujer no funciona del mismo modo. Que ese goce suplementario esté del lado mujer, no quiere decir que el hombre no pueda alcanzarlo, como tampoco que las mujeres no estén ordenadas en el goce fálico. Por el contrario, ambos lados representan la escisión misma de todo sujeto.

A partir de esta definición de Lacan, muchos autores problematizaron la cuestión de las adicciones. Uno de ellos es Laurent (1988), quien plantea fundamentalmente 3 cuestiones en relación a la clínica con adicciones.

1. La toxicomanía es una formación de ruptura.
2. No hay fantasma.
3. Aparición de otro goce que no es el fálico: el no-todo.

En relación al primer punto, Laurent afirma que la toxicomanía no es un síntoma en el sentido freudiano del término (formación de compromiso), sino una formación de ruptura. El sujeto no considera su adicción como un síntoma, no hay una pregunta que lo interrogue.

Citando la célebre frase de Lacan (1976), explica que la droga rompe el maridaje del cuerpo con el goce fálico.

Con respecto al punto 2, Laurent dice:

El toxicómano no es un perverso. No es un perverso porque la perversión supone el uso del fantasma. (...) Mientras que la toxicomanía es un uso del goce fuera del fantasma, ella no toma sus caminos complicados del fantasma. Es un cortocircuito. La ruptura con el “pequeño-pipi”, como dice Lacan, tiene como consecuencia que se pueda gozar sin el fantasma. (1988, párr. 14)

Se produce, entonces, una rotura. No hay un uso fantasmático de la sustancia. El sádico, por ejemplo, busca la angustia del Otro, goza del cuerpo del Otro sin su permiso. En las adicciones, en cambio, el sujeto no necesita la puesta en escena del fantasma, goza en su propio cuerpo.

En relación a esto se plantea el tercer punto propuesto por el autor, la aparición de un goce no-todo. El tóxico genera un goce en todo el cuerpo, permite un goce sin límites, continuo, no regulado por la medida fálica, un goce Uno donde no está el otro sexuado.

Esto puede explicarse también retomando la definición Freudiana de adicciones. Si la adicción constituye un relevo del puro autoerotismo, entendido por el autor como la satisfacción de las pulsiones parciales en el propio cuerpo, se abre la posibilidad de un goce sobre el cuerpo que acerca al sujeto al autoerotismo y a un retorno del goce pulsional que prescinde del ordenamiento fálico. El sujeto goza con todo su cuerpo.

Galante plantea que la clínica de las toxicomanías nos enseña que el goce está en el cuerpo, “entonces el problema que se reedita una y otra vez, cuando la solución encontrada por el sujeto es el tóxico, es cómo pasar, en la transferencia, del Uno al Otro” (s.f., párr. 18).

El objeto elegido cumple una función libidinal para cada sujeto. Por eso, en la clínica con sujetos con problemáticas de adicciones, es absolutamente necesario trabajar con la singularidad. La clínica debe tender a precisar qué tipo de goce es el que permite al sujeto mantener esa relación con el objeto, y precisar también cuál es la función que éste cumple en su economía psíquica.

Al tratarse de un goce que no pasa por el cuerpo del Otro, sino que se inscribe bajo la rúbrica del autoerotismo, y de este modo, rechaza al Otro, se pone en evidencia un límite en la práctica bajo transferencia.

¿Cómo orientar la cura en el dispositivo analítico si éste se trata de la puesta en forma del síntoma enlazado al analista en la transferencia?

Nasio plantea que “la aptitud para la transferencia analítica es el poder ser afectado por la pulsión. No todos son afectados del mismo modo, no todo el mundo sufre por sus pulsiones” (1996, p. 56).

En este sentido, resulta necesario que el montaje pulsional falle, porque si ese cuerpo sigue desentendido del Otro, sigue satisfaciéndose autoeróticamente, no es posible transferir ese goce del cuerpo a la palabra. “Una vez que en un análisis uno puede situar lo que hay - en tanto fracasa - se puede hacer algo. Pero, a la vez, el análisis propone un derecho a un síntoma con el cual hacer un lazo” (Naparstek, 2014, párr. 21).

Cuando hablamos de transferencia en Psicoanálisis hablamos de amor. Siguiendo la proposición de Lacan, “el amor es dar lo que no se tiene” (1988), amar es dar la castración, es ofrecer al otro la falta. Si justamente lo que permite la droga es romper el lazo con el goce fálico, evitando la castración, lo que se dificulta es la posibilidad de establecer un lazo transferencial con el analista, lo que no implica su imposibilidad.

La transferencia supone un vínculo singular entre el analista y el analizante, por ello, teniendo en cuenta la ética del psicoanálisis, no es posible establecer un *método* al cual sería posible referenciarse.

Siguiendo a Giunipero, “se actualiza en estas transferencias la impotencia de sostener determinados lazos sociales” (1996, p. 93), lo que dificulta, según el autor, cumplir con los pactos, no pueden sostener sus promesas.

Existen, a grandes rasgos, dos posiciones en las que puede llegar el sujeto a análisis. La primera se podría comparar con la metáfora de *la luna de miel con la droga*. “La droga es aquí lo que representa al sujeto, en tanto completo, sin problemas, sin falta. Dicen yo soy drogradicto haciendo objeto a su yo” (Inchaurraga, 1996, p. 103). El psicoanálisis apunta a conmovérle ese saber, para que él aparezca como sujeto.

La segunda posición deviene del fracaso de la droga como solución. Encuentra cada vez menos alivio ante esa falta que la droga parecía llenar. Ante esto, consultan pidiendo algo: “no se qué me pasa, ¿usted me puede ayudar? La cuestión será evaluar las condiciones de posibilidad que de un pedido advenga una demanda” (Inchaurraga, 1996, p. 104).

Si bien es cierto que existen dificultades y obstáculos, cada sujeto es único, así como también su modo de gozar lo es.

La droga, como objeto, es una construcción subjetiva que puede apuntarse en una sustancia, es decir que es no cualquier objeto, sino que tiene que ver con las particularidades de ese sujeto.

En este sentido, la perspectiva psicoanalítica se diferencia de los abordajes que definen a la adicción a partir de los tipos de sustancias, la frecuencia del consumo y los cambios de conducta, más relacionados a un enfoque fenomenológico.

El psicoanálisis también se aleja del discurso punitivo, que concibe al consumo como un delito. Entendemos al sujeto del Derecho como el sujeto de la conciencia, responsable de sus actos. Para el psicoanálisis, en cambio, el sujeto es un sujeto siempre dividido entre lo que sabe y lo que no sabe. Por lo tanto, su objetivo es que el sujeto pueda implicarse en ese acto. Apunta al sujeto ético, un sujeto que responda por sus actos y por su decir. Hay un punto donde el sujeto de derecho queda en suspenso: la pulsión. Se trata de “cuestionar su sujeción, en cada cual, para que se pueda pasar del goce acéfalo a su incidencia ético-subjetiva y encontrar los significantes en los cuales el goce se ha cifrado” (Salamone y Godoy, 1998, p. 46).

Creemos necesario apostar a una clínica posible, entendiendo las particularidades de cada caso y sobrellevando los desafíos que plantea.

Haciendo alusión a los conceptos que se plantean en relación a las adicciones - más allá del principio del placer, más allá del goce fálico – creemos necesario un más allá del discurso médico-hegemónico y del discurso legal, *un más acá del sujeto...*

CONCLUSIONES

Desde sus orígenes, las sustancias psicoactivas fueron utilizadas por distintas sociedades y en distintas formas. El consumo de sustancias psicoactivas y la adicción a ellas no son necesariamente la misma cosa.

Existen, en la actualidad, distintos paradigmas que abordan la problemática de las adicciones de diferentes maneras.

Están aquellos que, como el discurso médico-hegemónico o el modelo abstencionista, entienden a la adicción como una enfermedad que debe ser curada. La droga es la causa de la adicción. En este sentido, es necesario aclarar que para el psicoanálisis la droga no es la sustancia.

Desde una mirada sociológica y política, suelen atribuirse las causas a condiciones socio-culturales y económicas, vinculadas generalmente a contextos marginales.

El discurso punitivo, por otro lado, entiende el consumo de determinadas sustancias como un hecho delictivo, convirtiendo al consumidor en delincuente.

Para el enfoque psicoanalítico, el abordaje se plantea siempre desde la singularidad: la relación de diferentes sujetos con la misma droga es totalmente diversa. En este sentido, no se considera acertado *arrancarle* ese objeto sino indagar las causas que llevaron a que se establezca ese tipo particular de relación.

La problemática de las adicciones presenta para la clínica psicoanalítica un gran desafío. Si bien son pocas las referencias que tanto Freud como Lacan hacen con respecto a esta temática, los aportes son de la genialidad que los caracteriza.

Freud nos hablaba, en su época, del malestar que nos provoca la cultura, que inhibe nuestras pulsiones pero que, sin embargo, es lo que permite los más grandiosos logros culturales.

En la época actual, bajo la lógica imperante del discurso capitalista, a través de la publicidad, se crean nuevas necesidades o nuevas maneras de satisfacer viejas necesidades. El sujeto tiene a su disposición una cantidad de objetos que se vuelven necesarios, y que tienen la característica de ser reemplazados muy rápidamente ya que el mercado así lo asegura. Nos encontramos con sujetos adictos a todo tipo de objetos: sustancias psicoactivas, tecnología, juegos, etc.

El discurso capitalista determina una realidad en la cual se presenta la ilusión de que el objeto es realizable en el consumo, con la idea de que es posible una satisfacción placentera total. Vivimos en una época en donde, parafraseando a Lacan, *nadie incita a nadie a gozar, salvo el capitalismo*.

El objetivo de este trabajo de investigación fue adentrarnos en los aportes que el Psicoanálisis ofrece en relación al campo de las adicciones, teniendo en cuenta, como decía anteriormente, el desafío que constituye para la clínica psicoanalítica esta problemática y las dificultades y obstáculos que se presentan en la relación transferencial, principal instrumento de análisis.

Pensamos necesario un abordaje clínico en donde, a pesar de los obstáculos que se plantean en la transferencia, principalmente en relación a la dificultad de sostener un lazo con otro, sea posible la implicación del sujeto en el acto, que pueda haber un decir de aquello que se representa como un puro goce autoerótico.

Como futura profesional de la Salud Mental, creo imprescindible una mirada crítica y comprometida en este campo de trabajo. En relación a esto, muchos interrogantes quedan todavía sin respuesta, ¿Cómo abordar la problemática de las adicciones dentro de las distintas instituciones que existen en la actualidad destinadas a su tratamiento? ¿Cómo pensar al psicoanálisis en intersección con las distintas prácticas que atraviesan este campo, por ejemplo, las que se sostienen desde el discurso legal, desde el discurso religioso, tan fuertemente impregnado en estas prácticas, o desde el médico-hegemónico?

El encuentro con un analista es una posibilidad para que el sujeto sea alojado, escuchado, para que su modo de gozar se transforme en algo singular. Se trata de vislumbrar la particularidad de la relación que establece el sujeto con determinado objeto.

Es necesario que pueda poner en palabras aquello que es puro goce en su cuerpo. Para ello, es imprescindible establecer un lazo transferencial con el analista que le permita, de esta manera, poder formularse una pregunta frente a aquello que le pasa. En este sentido, creemos necesario un más allá de los discursos que tienden a focalizarse en el objeto droga, y apostamos a *un más acá del sujeto*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-072/716.pdf>
- Bauman, Z. (2007). *Vida de Consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Santa Fe (s.f.). Aportes sobre consumo problemático de sustancias psicoactivas para una política pública integral destinada a niños, niñas y adolescentes. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234291/1232318/file/Aportes%20sobre%20consumo%20problem%C3%A1tico.pdf>
- Freud, S. (1978). Duelo y melancolía. *Tomo XIV*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1982). Carta 79. *Tomo I*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1986). El malestar en la cultura. *Tomo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1990). Dinámica de la transferencia. *Tomo XII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1990). Observaciones sobre el amor de transferencia. *Tomo XII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1990). Recordar, repetir y reelaborar. *Tomo XII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1996). Conferencias Nº 27 y Nº 28. *Tomo XVI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fuster, M. (s.f.). Instituciones intoxicantes. *Pharmakon Digital Vol. 1*. Recuperado de http://www.pharmakondigital.com/ed001/textos_tematicos/es/martin_fuster_es.html#_ftn1
- Galante, D. (s.f.). Cinco axiomas aplicados a la clínica de las toxicomanías. *Pharmakon Digital Vol. 1*. Recuperado de http://www.pharmakondigital.com/ed002/textos_tematicos/es/dario_galante_es.html
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Recuperado de http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf
- Giunipero, L. (1996). Las toxicomanías, modalidades de resistencia a la histeria freudiana. En: S. Inchaurreaga (Comp.), *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura* (pp. 91-96). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico-asistenciales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Inchaurreaga, S. (1996). Cuestiones teóricas y clínicas acerca de la abstinencia. En: S. Inchaurreaga (Comp.), *Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura* (pp. 97-106). Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Inchaurreaga, S. (1996). La drogadicción como malestar social en los bordes de la modernidad. En: Cimarelli, S., Real, P., Rossi, G., Inchaurreaga, S. (Comp.), *Malestares sociales en las fronteras de la modernidad*. Parte IV (pp. 85-105). Rosario, Argentina: UNR Editorial.
- Isla A. (2009). Prólogo. En *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. María Epele. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan J. (1992). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. Momentos cruciales de la práctica analítica. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (1976). Cierre de las Jornadas de Estudios de Carteles. Recuperado de <http://cuatromasuno.eol.org.ar/Ediciones/006/template.asp?Cierre-de-las-jornadas.html>
- Lacan, J. (s.f.). Apertura de la Sección Clínica. Recuperado de: http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf
- Lacan, J. (1988). *La transferencia*. Seminario 8. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (1989). *Aún*. Seminario 20. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Lacan, J. (2002). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. *Escritos I*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2013). *La ética del psicoanálisis*. Seminario 7. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lacan, J. (2015). *La angustia*. Seminario 10. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Laurent, E. (1988). Tres observaciones sobre la toxicomanía. *Pharmakon Digital Vol. 1*. Recuperado de http://www.pharmakondigital.com/ed003/classicos/es/eric_laurent_es.html
- Ley 26.657 (2010). Ley nacional de salud mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Argentina.
- Ley 26.934 (2014). Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Sancionada: Abril 30 de 2014. Promulgada: Mayo 28 de 2014. Argentina.
- Miller, J. (1989). Para una investigación sobre el goce auto-erótico. En: Sillitti, D., Sinatra, E., Tarrab, M. (Comp.), *Sujeto, Goce y Modernidad. Fundamentos de la Clínica* (pp. 13-21). Instituto del campo freudiano. Buenos Aires, Argentina: Atuel – TyA.
- Naparstek, F (2014). La metástasis del goce. *Pharmakon Digital Vol. 1*. Recuperado de http://www.pharmakondigital.com/ed001/conferencias/es/la_metastasis_del_goce_es.html#_ftn1
- Nasio, Juan D. (1996). *Como trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salamone, D. y Godoy, C. (1998). Debates éticos en torno del alcoholismo. En Sinatra, E.S. – Sillitti, D. (Comp.). *Sujeto, goce y modernidad. Fundamentos de la clínica II*. Instituto del campo freudiano. Buenos Aires, Argentina: Atuel – TyA.