



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

**¿Qué puede la clínica psicoanalítica, como “extensión de lo incomprensible
y custodia de lo indescifrable”, en el terreno de los Consumos
Problemáticos?**

Ensayo.

Surt, Maria Jimena.

Legajo: S-5829/7

DNI: 40.161.632

Docente TIF: Harraca, Florencia.

Ríos, Soledad.

Docente responsable: Arfeliz, Miranda.

Año: 2024.

Agradecimientos:

A mi familia, por la confianza y el apoyo que me dieron al comenzar este largo y desafiante camino.

A mi tía Mari, cuya entrega incondicional fue mi luz y mi refugio; su amor constante y su presencia a mi lado me dieron la fuerza para seguir adelante, y sin ella, no habría llegado tan lejos.

A mi mamá, que con su ejemplo de esfuerzo y resiliencia me enseñó el verdadero valor de la perseverancia, a pesar de las dificultades. Me llevaba cada día al jardín, apurada, sin dejar de darme lo mejor de sí misma.

A mi hermano y amigo Santi, que siempre estuvo ahí para apoyarme, celebrando mis logros como si fueran los suyos, y dándome la confianza para seguir adelante.

A mis amigas y amigos, por compartir la hermosa y complicada tarea de ser estudiantes universitarios.

A la universidad pública, que me dio el espacio para crecer, aprender y formarme como psicóloga.

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| Resumen:..... | 3 |
| Introducción:..... | 4 |
| Desarrollo:..... | 7 |
| Paradigmas y estrategias de intervención:..... | 7 |
| La clínica psicoanalítica y los consumos problemáticos:..... | 11 |
| Transferencia y síntoma como porvenir:..... | 15 |
| Reflexiones finales:..... | 19 |
| Referencias bibliográficas:..... | 22 |

Resumen:

En la actualidad, vivimos en una sociedad marcada por el consumismo, donde el mercado introduce una serie casi infinita de objetos listos para ser adquiridos, incluidas sustancias psicoactivas. Este panorama revela un tipo de relación nueva de los sujetos con los objetos. El consumo problemático de sustancias, vinculado a cuestiones de salud mental, ha generado diferentes enfoques de abordaje a lo largo del tiempo. Entre ellos destacan el Abstencionismo: cuyas estrategias de intervención apuntan a la prohibición de la sustancia desde una perspectiva médico/legal, con el objetivo de lograr el consumo cero, y la Reducción de riesgos y daños: desde la cual se busca problematizar el consumo y que el sujeto asuma un rol responsable en él, con miras a aliviar y reducir lo problemático de un uso singular de sustancias. Frente a este escenario, el presente ensayo aborda la pregunta: ¿qué puede la clínica psicoanalítica en el terreno de los consumos problemáticos? Desde esta perspectiva, la clínica psicoanalítica, como “extensión de lo incomprensible y como custodia de lo indescifrable” (Percia 2017) proporciona un marco para cuestionar y reevaluar la práctica del consumo problemático de sustancias, trascendiendo los enfoques tradicionales, para lo cual reflexionamos y analizamos, desde el marco epistemológico del psicoanálisis, los conceptos que nos permitirían construir un posicionamiento clínico diferencial, donde la transferencia se posiciona como operador clave para desplegar el síntoma y abrir una interrogación en el sujeto sobre su vínculo con la sustancia.

Palabras claves: consumos problemáticos - clínica psicoanalítica - sujeto - síntoma - transferencia.

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo explora la potencialidad de la clínica psicoanalítica para cuestionar y replantear las prácticas relacionadas con el consumo problemático de sustancias, con el propósito de construir un posicionamiento más allá de la mirada abstencionista, lo cual remite necesariamente a tomar en consideración el contexto político, histórico-social y cultural en el que estamos inmersos, dado que lo propio moldea e influye considerablemente el campo de la salud mental. como así también vislumbra el tipo de subjetividad actual.

A este respecto, teniendo como horizonte a la salud como un derecho y al sujeto como un sujeto de derechos, la idea de este trabajo es reflexionar acerca de qué clínica se gesta como posible en el cruce entre la práctica clínica y los consumos problemáticos, posicionándonos desde un marco psicoanalítico.

Ceballos (2022) afirma que todo personal de salud es un operador del cuidado. Ante esta afirmación, surge la pregunta: ¿cómo encontrar un lenguaje del cuidado en el ámbito de la salud que no busque domesticarlo, que no lo transforme en un conjunto de técnicas rígidas, sino que conserve las expectativas de la inventiva y deje abiertas las preguntas sobre el por qué y el cómo? ¿Cómo concebir el acto de cuidar como una apuesta relacional, inmersa en un proceso de producción de subjetividad, y fundar un cuidado que libere las potencias de las personas involucradas? (Ceballos, 2022). En esta línea, la invitación a una reflexión constante se presenta como la estrategia más propicia y emancipadora para re-pensar las prácticas de cuidado.

En este sentido, consideramos que el camino a emprender se trata de ir ubicando la problemática de los consumos problemáticos por una vía que transite por la cuestión del malestar, que vaya desde lo histórico cultural hacia lo histórico subjetivo y de lo histórico subjetivo a lo histórico cultural (Mondelli, I., 1999), para evitar encasillar estos padecimientos en una categoría rígida o patologizante. Este enfoque, más que orientarse a cerrar conclusiones definitivas, busca abrir preguntas que permitan una comprensión más amplia y crítica del fenómeno, manteniéndonos fieles a la orientación psicoanalítica de explorar el sinsentido y preservar el vacío de la causa y del saber (el saber como lugar agujereado). Como indica Marcelo Percia (2017), demasías no enferman, normalidades sí.

Además, coincidimos con Benedetti en la existencia de una serie de padecimientos vinculados a los efectos de la lógica neoliberal en la construcción de la subjetividad contemporánea. Actualmente, el uso o abuso de sustancias responde, por un lado, a la necesidad de evitar el dolor y el sufrimiento inherentes

a la vida, y, por otro, al imperativo de lograr altos niveles de éxito y rendimiento personal, un reflejo de las demandas de una sociedad acelerada, ansiosa y altamente competitiva. En este contexto, el valor de la existencia se ha trasladado del ser al tener, lo que configura una cultura de consumo (Benedetti, 2022).

No podemos hacer un análisis de la cuestión sin tener presente estas dimensiones histórico-culturales. Por ello, en el presente escrito se presentarán los posicionamientos antagónicos acerca del consumo problemático, que contemplen las diversas trayectorias normativas que se han ido suscitando en relación a dicha problemática. La importancia de esto último radica en que sólo se puede hacer una clínica singular e innovadora cuando se conoce y se revisita la tradición, los modelos, las lógicas que nos preceden y que se entretajan con el presente (Benedetti, 2022).

En el terreno de las estrategias se puede ubicar al menos dos formas distintas de conceptualizar el sujeto, el consumo, la salud y cómo ello se vincula con una dimensión socio-histórica (Benedetti, 2022). Hablamos de la Estrategia Abstencionista Prohibicionista por un lado, y la de Reducción de riesgos y daños, por otro. A este respecto, asumir que es un campo de trabajo complejo debe llevarnos a complejizar también nuestros análisis y argumentaciones, para no conformarnos con respuestas simplistas y fragmentarias de la realidad. “Si prácticas mayoritarias conforman escuelas y modelos de aplicación, clínicas menores desaprenden lo establecido y se declaran inaplicables.” (Percia, M., 2017). Cabe preguntarnos entonces ¿qué puede la clínica psicoanalítica en el terreno de los consumos problemáticos?

Siguiendo los desarrollos de Benedetti, E., entendemos los montajes de los consumos problemáticos como presentación de un padecimiento subjetivo y no como representación, lo que implica cierto efecto de distanciamiento, desustancializando la mirada para ubicar la función enigmática que ocupa esta operatoria en la problemática subjetiva y así localizar en la singularidad de cada sujeto, a qué otra satisfacción paradójica responde este intento de respuesta, solución o recurso para la cancelación tóxica del dolor. Pero entonces, ¿qué significaría realmente desustancializar la clínica? ¿Qué posición ética y metodológica exige este planteamiento? ¿Es la desustancialización de la clínica solo un buen decir, o implica una transformación profunda en nuestras prácticas y comprensiones?

En esta línea, tomando a Benedetti (2015), se subraya el carácter interminable de la labor analítica. Aludiendo al hecho de que la conclusión de estas tareas es asintótica, es decir, nunca se consuma. Se destaca así, en la

infinitud, la posibilidad de hacer y rehacer constantemente, donde la certeza es invalidante del trabajo clínico. Al decir de Percia (2020) “lazos que no atan, redes que no atrapan, disponibilidad para lo que cada vez se presenta”. ¿Cómo crear las condiciones para producir lazos que no atan? Lazos que no sean funcionales al poder potestad, al poder sometimiento, dominación, al poder extativo?

Se hace necesario concebir la clínica como un espacio para construir nuevas preguntas, donde la línea de cuidado se orienta hacia el lugar enigmático ocupado por la sustancia, la construcción del síntoma y las intervenciones capaces de conmover algo de la posición subjetiva, con recursos más abiertos, amigables y no censorios (Benedetti, E.).

Con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se promueve una institucionalización de las prácticas de cuidado que, en línea con Ceballos, se sostiene como un derecho innegociable. Comprendemos que es en la intervención con el sujeto, a través de la transferencia y en su situación problemática, donde el vínculo con el Otro puede abrir caminos de simbolización frente a lo que ocurre. Este proceso permite expresar aquello que no puede decirse, facilitando así la construcción de un síntoma.

DESARROLLO.

Paradigmas y Estrategias de Intervención:

Con el objetivo de contextualizar las estrategias y las implicancias (políticas, clínicas, institucionales y teóricas) de los modelos del abstencionismo y la reducción de riesgos y daños, nos proponemos trazar un breve recorrido histórico de estos modelos. Según Benedetti, E. (2022):

“Cuando hablamos de modelo, hablamos de un esquema sintético que ordena los elementos de la realidad-visión del mundo, y este orden da o determina la concepción que nosotros tenemos acerca de las cosas. En este caso, qué visión o idea tenemos sobre el consumo de sustancias, sobre la sustancia misma o sobre la problemática adictiva.” (pp 23)

En una línea de tiempo, podemos situar, de la mano de Halen Nowlis, en “La verdad sobre la droga” (2015) el Modelo Ético-Jurídico como el primero en el abordaje del tratamiento del consumo problemático. Desde esta concepción, el sujeto y su trama vincular quedan eclipsados, es decir, relegados a un segundo plano. El sujeto es percibido siendo mero objeto, dominado por la sustancia psicoactiva. El eje central de análisis es la conflictividad moral y la droga, en tanto que esta se constituye como un flagelo, como un fetiche maligno, causa de todos los males individuales y sociales. Este flagelo no sólo queda en la sustancia, sino que moralmente queda relacionado con un eje lineal de: drogadelincuencia-vicio-marginalidad-anormalidad. Este devenir asociativo se muestra resistente a cualquier tipo de análisis más allá de las concepciones moralizantes de una época y una cultura determinadas. El criterio es la legalidad y por eso este modelo resulta principalmente punitivo. La dicotomía que se establece versa entre normales o desviados.

El Modelo Médico-sanitario surge como una suerte de derivación del modelo anterior a mediados del siglo XX, donde las adicciones son leídas en clave de enfermedad y el consumidor como enfermo. En este enfoque, ya no se trata de la normatividad sino de la toxicidad y sus efectos clínicos, en tanto se piensa el consumo desde una lógica epidémica. El eje de análisis vuelve a recaer en la sustancia y no en el sujeto. La salud, según este enfoque médico-hegemónico, es concebida como la ausencia de enfermedad, y la estrategia más empleada es la de las “comunidades terapéuticas”, que se desarrollan en lugares cerrados y por tiempos prolongados.

El paradigma prohibicionista, considera que el adicto suele ser un medio de difusión del vicio, a quien no se le puede dar ventajas. Por lo tanto, es necesario proteger a la comunidad de uno de los más terribles azotes que atentan contra la salud pública (Benedetti, 2022). Pero, ¿cómo operaría este flagelo? Un grupo de especialistas de la Organización Mundial de la Salud, en 1957, explicó que actúa por “contagio psíquico”. Así, al considerarse una enfermedad contagiosa, se adopta el método epidemiológico correspondiente, se legisla y procede en consecuencia.

Un tercer modelo, denominado Psico-social, aborda la singularidad de la persona que está padeciendo y ya no se hace un foco desmesurado en la sustancia misma. Dicho modelo sostiene que es necesario intervenir en el campo de la salud mental, más allá de la estrategia abstencionista.

Desde este paradigma se consideran las nociones de uso y abuso de sustancias. Esto introduce una novedad, en términos de que depende de estas categorías que un consumo sea o no problemático, más allá de lo legal o de lo médico. No obstante, aquí el consumo es pensado como la manifestación de un conflicto de su medio social, por eso Benedetti ubica este modelo como psicologizante, en tanto hace una teorización en términos psicológicos del individuo. Algo que resulta fundamental poner de relieve es la estrategia preventiva de naturaleza inespecífica propuesta desde este modelo. Según Benedetti (2022):

“Por prevención inespecífica entendemos acciones o intervenciones que objetivan un fortalecimiento más amplio del proyecto vital, eventualmente por la vía de lo simbólico. Se opone a la prevención específica que tiene por fin el recorte puntual, en el caso de las adicciones, la supresión del consumo. De esta manera, estrategias de índole específica se rigen de modo ejemplar por el imperativo “no te drogas”, que termina por fetichizar la sustancia. En términos de estrategia, cobra especial relevancia en la reducción de riesgos y daños.” (pp 44).

Por último, el Modelo Socio-cultural se caracteriza por analizar el individuo en sus esferas sociales. Las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social, lo que desde nuestra perspectiva, otorga al modelo un carácter simplista. Desde esta mirada, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno.

Como alternativa a éstos modelos, se cimenta la estrategia de Reducción de riesgos y daños, la cual surge en Argentina a partir de la sanción de la Ley

Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 en 2010. Esta estrategia trabaja con una concepción de sujeto activo y responsable, ubicando el interrogante sobre qué sucede con su práctica de consumo, ya que dejar de consumir no es una condición de inicio del tratamiento ni la finalidad del mismo.

Si desde este punto enfatizamos el padecimiento subjetivo que está en juego, la intervención posible que se genera es la de sostener el enigma que implica la sustancia en la historia vital del sujeto que consume. De ahí se vuelve posible pensar un corrimiento de la categoría de consumo problemático, hacia la categoría, superadora, de presentación compleja, que plantea Benedetti.

Ahora bien, resulta preciso ubicar que los movimientos paradigmáticos que los modelos han sufrido a través de sus conceptualizaciones de la teoría y la práctica, han estado enmarcados por una normatividad afín a los contextos y las representaciones sociales de las épocas.

En este sentido, podemos situar la Ley Nacional de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737, que penaliza la tenencia y el consumo personal de sustancias psicoactivas. Desde una perspectiva punitiva, advertimos aquí la dimensión de un sujeto que transgrede. Leemos el establecimiento de esta disposición como asiento y afirmación de una declaración hegemónica prohibicionista, acorde a lo que en ese entonces de su surgimiento rondaba en la esfera social sobre el problema de las drogas, donde un sujeto que se droga es leído como la víctima (objeto) de una sustancia poderosa y como el culpable, en tanto sujeto de la trasgresión, de haber violentado la norma establecida. En este caso, habría explícito un criterio de legalidad e ilegalidad donde la esfera subjetiva no tiene lugar.

Consecuentemente a este escenario, se disputaron en el campo jurídico y social una serie de debates que pusieron en tensión todos los pilares establecidos hasta entonces. Actores políticos y sanitarios alzaron nuevas voces y lecturas acerca de la criminalización de los usuarios del consumo de estupefacientes que terminó por evidenciar los efectos reales y simbólicos que la Ley 23.737 sembró en nombre de un imperativo moral.

En vista de ello, el enfoque de derechos comienza a pugnar por un marco adecuado a sus propósitos. Plagado de luchas, discusiones y militancias, el campo de la salud mental encuentra un resguardo en la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. De este modo, se comienzan a desplegar planteos acerca de intervenciones y estrategias en salud centradas en un sujeto de derecho. Es así que en su artículo 4to se manifiesta:

“Las adicciones deben ser abordadas 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”.

A este respecto, nos surge una pregunta: ¿modelos o discursos? Ya que estos modelos, si los pensamos como concepciones que se crearon para sistematizar y pensar la problemática en un determinado momento de la historia, estaría, podríamos decir, correcto. Sin embargo, si los pensamos también como discursos -algo que excede la lógica de modelo-, eso nos posibilita la idea de pensar esas construcciones como posiciones en el discurso político, es decir, como aquello que puede trascender la época y retorna. Un ejemplo de ello es el actual refuerzo estatal en el financiamiento de centros con una fuerte connotación religiosa y moralista, como las clínicas del buen vivir, que imponen una exigencia sobremedida sobre los sujetos padecientes. Estos discursos operan y construyen formas de leer el mundo, la vida, el sujeto y, sobre todo, validan o desvalidan las políticas públicas y su financiamiento.

Cuando hablamos de salud como un derecho, necesariamente hacemos alusión al Estado como garante de derechos y efector de políticas públicas (Benedetti, 2022). En este punto, cabe resaltar que determinado pensamiento y praxis clínica no surge de la nada, sino que fue posible en el marco de una normativa estatal y legal que lo respaldó. Se trata, en definitiva, de resaltar una visión del Estado como centro de la vida social.

En este punto nos parece importante detenernos y preguntarnos ¿cómo se juega esto en el contexto actual, donde el Estado, como institución garante de Derechos, está en jaque? ¿Cómo sostener las prácticas con un énfasis emancipador cuando no contamos con un Estado que nos brinde herramientas para ello, sino para lo contrario? ¿Es posible bajar del ring cuestiones tan fundamentales como éstas a la hora de trabajar en el campo de la Salud?

Para el análisis de esta problemática tomamos a Carrere (2018), con quien acordamos que el sujeto consumidor es el tipo de subjetividad característico de la posmodernidad. Así, el consumo en general ocupa un lugar protagónico, producto de las condiciones de mercado imperantes. Por ello, se vuelve imprescindible situar el lugar dominante que ocupa el objeto de consumo para evitar reduccionismos.

Cabe señalar que la relación de los sujetos con las drogas es milenaria y que a lo largo de la historia hubo diversos modos de consumo, que no necesariamente implican la adicción. Los quitapenas han estado presentes desde

tiempos remotos en la historia de la humanidad y, aunque se han utilizado como ritual en ceremonias religiosas, fundamentalmente cumplen el papel de lidiar con el malestar en la cultura (Benedetti, 2022).

“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 un poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a estar. (...) Bien se sabe que con ayuda de los quitapenas, es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación”. (S, Freud, 2017, pp 75-78).

Siguiendo los planteos de Moreira, D., (2015), se asume que se ha constituido a la globalización en un gran casino, en el cual es imprescindible especular, ganar o perder (endeudarse). El autor utiliza dicha metáfora para dar cuenta de cómo se fue configurando un mercado único de los goces, es decir, de placeres sufrientes, inmerso en un tiempo sin historia, en un tiempo vacío, fugaz y acelerado, sólo ocupado por números, cantidades, frivolidades y un sujeto contable.

La clínica psicoanalítica y los consumos problemáticos:

En la actualidad, suele decirse que «el adicto» es alguien que rompe absolutamente con el Otro y que posee una certeza de goce respecto de la sustancia u objeto: sabe que aquello otorga un goce y no hay pregunta al respecto (Naparstek, 2010). Dado que prescinde del Otro, ya que busca una operación que no pase por lo simbólico, se trataría de una respuesta a lo real por la vía de lo real (Quevedo, S. 2015).

En este punto, para el psicoanálisis interrogar las condiciones de posibilidad de una clínica de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas implica desafiar los límites de la práctica, puesto que, siguiendo la lectura de Quevedo, S. (2015), la praxis del psicoanálisis y la práctica del consumo de sustancias se presentan como dos prácticas disjuntas. Tenemos, por un lado, la práctica del consumo problemático de sustancias, situada como prácticas de goce, 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.

Cabe preguntarnos: ¿cómo entender lo que está sucediendo, ese evento desafiante que increpa y exige respuestas inmediatas? Al mismo tiempo que éstos

eventos no suelen ser meros síntomas pero sí signos de que algo ha sobrepasado cierto umbral, y que el sujeto necesita involucrar a alguien. El acontecimiento interroga como un enigma que nos requiere «de prisa» (Quevedo, S., 2015). En este punto, se hace imprescindible ese gesto de demora justo que evita el diagnóstico rápido de una demanda de la vida cotidiana.

Así, pareciera que ciertas modalidades de presentación subjetiva en la actualidad asumen el valor de un obstáculo clínico, en tanto no parecen organizarse al modo de las formaciones del inconsciente, como sería el caso de los consumos problemáticos. Al poner en juego un malestar difícilmente tramitable por la vía de la palabra, vemos la importancia que adquieren en ellas el cuerpo pulsional y las acciones impulsivas, lo cual, siguiendo las lecturas de Quevedo (2015) y de Rodríguez Ponte (1996), pareciera complicar la producción de la demanda de análisis y el desarrollo de la transferencia.

Por ello, apostar a esta clínica implica poner a prueba la potencia de los conceptos del psicoanálisis. Aplicar ciertos conceptos psicoanalíticos implica apostar a que una práctica de goce —una técnica del tratamiento del cuerpo— se transforme en una práctica de palabra. Entonces, retomamos la pregunta que se hace Quevedo, S (2015): Desde la práctica del psicoanálisis, ¿qué salidas posibles podemos plantear respecto a estos tratamientos del cuerpo? Nuestra apuesta es seguir interrogando: ¿cómo transformar esa práctica de goce en una práctica de la palabra? ¿desde qué lugar debemos posicionarnos para lograr que se ponga en juego y se anude la dimensión simbólica en dicha práctica?

Se podría pensar que el sujeto se ha anonadado de tal modo en su padecer, que un tipo de intervención no parecería posible. O, por el contrario, suponer ahí el intento dramático de decir que algo no se soporta más. En este sentido, aparece la clínica psicoanalítica como una práctica ética de cuidado, como herramienta de resistencia y emancipación que politiza ese acontecimiento (Ceballos, 2022). Tal como señala el autor, son tramas que acercan sensibilidades y nos ayudan a crear nuevas espacialidades y temporalidades en el aparato hegemónico en donde el lugar y el tiempo es acotado. Esto podría señalar el comienzo o la apertura de un tiempo que destaca una serie de implicaciones y compromisos previamente silenciados.

Muy a menudo se escucha que se trata de una presentación que «no tiene demanda de tratamiento». No obstante, nos parece clave apuntar a la construcción de la demanda como intervención clínica. Esto no está exento de interrogantes tales como: ¿Cómo esperamos a alguien en su relato? ¿Qué posición respecto a la palabra tenemos? ¿Cómo alojamos lo que se puede decir y

lo que no puede ser dicho? ¿Cómo pensamos el dar un espacio para la palabra, cómo es pensado ese espacio? ¿Cuál será nuestra posición, como futuros analistas, para alojar este dolor en el cuerpo? Dado que, como plantea Lacan, la oreja que escucha define al sujeto que habla.

En el terreno del psicoanálisis, el consumo problemático no se constituye como un síntoma freudiano (en tanto habla) al menos al principio, ni tampoco es una estructura, es decir, no es una articulación significativa en sí misma. Más bien, se trata de un acto que sustituye o releva a la palabra en su dimensión simbólica, vía el goce.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos con el término goce? Se trata del nombre con el que Lacan designa un concepto presente en la obra de Freud, que implica la satisfacción pulsional. Precisamente en el Seminario VII Lacan (1959/60) conceptualiza el goce como satisfacción de la pulsión. Con este término el autor retoma la economía energética freudiana, y la deriva en una economía política de la distribución de un goce que varía según la estructura del discurso.

Freud, en 1895, escribe su artículo llamado Vivencia de Satisfacción, donde se puede leer el fundamento mismo del deseo, vía el objeto perdido de esa primera satisfacción de la necesidad. Así, el deseo es producto de la diferencia radical entre la satisfacción buscada y la obtenida. El objeto, dice Freud, está radicalmente perdido para el sujeto. Es lo más lábil y variado de la pulsión. En más, se tratará de convocar objetos sustitutivos. Y por eso, el goce es goce fálico, parcial, atravesado por la castración, en tanto que el sujeto está casado con la falta.

Así, el síntoma habla de una conservación del goce fálico, un goce posible para un sujeto capturado en el lenguaje. En los consumos problemáticos, en cambio, lo que predomina es un goce absoluto y como hay otro goce en juego, el consumo problemático entonces no podría entenderse como un síntoma. Hay algo de la experiencia del consumo problemático que confronta al sujeto con un indecible, que se opone a lo descifrado del síntoma. El sujeto rompe su casamiento con la falta, se sitúa en un más allá del principio del placer, en un goce absoluto, un goce no barrado, no atravesado por la castración y la droga estaría entonces destinada a sustituir el goce sexual faltante (Mondelli, I., 1999)

Al abordar desde la clínica psicoanalítica los consumos problemáticos, la pregunta desde la cual nos posicionamos es ¿qué función cumple la droga para este sujeto en particular? Entendiendo que no para todos es la misma función. Se trata de ubicar al sujeto en su implicación subjetiva con la droga. Maite Lardizábal en Tóxicos para Vivir (2014), refiere a lo tóxico no como una característica del

objeto sino del uso que se le da, por eso habla de toxicómano para designar a un sujeto en determinada posición, más allá del uso o abuso de una sustancia.

Es común pensar que los sujetos con consumos problemáticos de sustancias carecen de la dimensión metafórica que regule la tramitación de los desbordes pulsionales. Ante la falta de un cauce adecuado para contener tales impulsos, estos se manifiestan en acciones dirigidas directamente al cuerpo. Según el psicoanalista Paul Verhaeghe, estas conductas son performativas y carecen de mediación simbólica, se ejecutan de manera automática, sin un propósito más allá de aliviar la tensión interna. Son acciones despojadas de sentido, sin significación aparente.

Cabe al menos preguntarse por esto que “no tiene sentido”, eso “sin significación”. ¿Qué significa esa aparente falta de sentido? En tanto acto leído por un Otro. Desde una perspectiva psicoanalítica, la respuesta puede encontrarse en el hecho de que cualquier acto, incluso el más aparentemente vacío de contenido, adquiere significado cuando se inscribe en un espacio intersubjetivo, cuando es leído por un Otro. En este sentido, lo que inicialmente parece un gesto desprovisto de sentido puede, a través de la escucha analítica, adquirir un significado que habilite nuevas posibilidades de comenzar a decir algo, a ser narrado, en el contexto de un análisis. Como nos recuerda Lacan, la clínica es lo que se dice en un análisis, pero no se trata solo de un decir verbal. El cuerpo, también, habla. Así, en el trabajo analítico, el cuerpo y el lenguaje se interrelacionan, y lo que inicialmente parece un acto desprovisto de sentido puede, a través de la escucha analítica, adquirir un significado que habilite nuevas posibilidades de comprensión y de tratamiento.

Tenemos la convicción de que la clínica(s) acontece cada vez que se hace posible la pregunta ¿qué te está pasando? En esas circunstancias, no se trata de remitir o enviar a las aflicciones que desean hablar al lugar indicado o al sitio correcto según nuestra percepción (Percia, 2021). La clínica psicoanalítica, su esencia, es dar lugar y oído a lo irreductible, a lo inclasificable. Como dice Percia (2021) «súbitas ventanas clínicas suponen equipos que conjugan sensibilidades disponibles que se preparan para llegar a tiempo a citas no convenidas».

Retomando, la operación de cancelación tóxica del dolor (¿operación social de una subjetividad de época?), organiza una suerte de dispositivo de autoconservación paradójica (Le Poullichet, 2019). Se trata de una operatoria económica para lograr la homeostasis, al margen del lenguaje, un mecanismo de defensa que, aunque puede causar daños, busca proteger al sujeto de pensamientos o eventos amenazantes que podrían generar una devastación

psíquica aún mayor. Esta operación homeostática, intenta preservar la integridad psíquica mediante un autotratamiento que sacrifica la subjetividad; busca mantener la homeostasis a través de una reconfiguración del cuerpo; crea un nuevo cuerpo ajeno al lenguaje y al sufrimiento, pero a costa, a veces, de un aplastamiento subjetivo. 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.

El hacer al que somos inicialmente convocados es a un alivio inmediato de la situación, se busca el "salvame". A esta llamada, que no es de desatender, hay que ubicarla en la perspectiva de producir una necesidad de discurso, ante la demanda pulsional. Se trata de crear un entramado simbólico-imaginario que proporcione una espacialidad y temporalidad inédita para la expresión de esa demanda pulsional.

Por otro lado, consideramos insoslayable en este marco la pregunta ¿qué lugar tiene el cuerpo en la práctica analítica? Dado que se trata de una experiencia de palabra, lo que el psicoanálisis hace con el cuerpo es leerlo. Leerlo según estas marcas que, por lo general, son invisibles pero que están en el texto cifrado de lo que cada cual dice. Oscar Masotta dice que hay cosas que nunca serán simbolizadas y que, en tanto tal, quedan ahí en el cuerpo. En su lógica, ninguna palabra es buena para nombrar lo que tiene que ver con el cuerpo. Entonces ¿qué hacemos, cómo alojamos aquello? Quizás, la apuesta sea a demoler los universales, que ninguna existencia pueda quedar ceñida a diagnósticos, clasificaciones, desciframientos (Percia, 2021). Pensar una clínica como extensión de lo incomprensible y como custodia de lo indescifrable, como poetiza Percia.

Ahora bien, resulta fundamental poner de relieve que dicho despliegue del decir no pretende un "acotamiento" del goce sino que constituye un tratamiento posible de la economía de goce, en tanto apuesta que apunta a que algo pueda hacer el sujeto con su propio goce. Este posicionamiento subjetivo reviste un desafío muy particular en la clínica, en tanto se intenta ofertar un espacio para la palabra ahí donde el paciente encontró otra solución para su 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.

Transferencia y el síntoma como porvenir.

Hablar de consumos problemáticos no es solamente un concepto políticamente correcto o un buen decir, sino que se trata de la puesta en acto de una posición clínica particular. Se trata de una operación conceptual que nos permite un modo de hacer clínica en el cual el objeto privilegiado no es la sustancia en sí misma. Si de objeto privilegiado hablamos en esta clínica, se trataría más bien de sostener el enigma de lo tóxico como objeto primordial, en ese sujeto pensado como parte de una cultura determinada. ¿Y no es justamente la transferencia aquello que nos permite ir más allá del objeto? Permitiendo el despliegue de otro plano que no responda únicamente a la sustancia, haciendo que algo del consumo pueda tomar un lugar distinto como efecto del trabajo clínico.

Pensar la clínica desde el concepto de consumo problemático nos brinda la oportunidad de abordar estas situaciones de consumo de una manera más compleja y situada, ya que es en el trabajo singular con cada paciente, en donde podremos desplegar si se trata efectivamente de un consumo problemático o no.

En cuanto al estatuto del síntoma, Ponte, R., (1996) esclarece que el síntoma, en la clínica psicoanalítica, a diferencia de lo que ocurre en la clínica psiquiátrica, que le otorga un estatuto ontológico, en la clínica psicoanalítica, no tiene un estatuto ontológico, sino un estatuto transferencial, es decir, en relación al saber, y en relación por eso al psicoanalista, en tanto éste «completa» el síntoma.

Por ende, si nuestra posición clínica es pensar al síntoma en tanto síntoma de la transferencia -con el analista-, esto ya vislumbra el hecho de que el consumo problemático no sería un síntoma en sí mismo. Por lo tanto, ¿a un sujeto que llega con una «presentación compleja» ligada al consumo, ya le suponemos un síntoma? Nuestro posicionamiento es que no, como bien venimos mencionando, el trabajo clínico es singular y la apuesta es a la construcción de una relación con un síntoma en transferencia, pudiendo éste estar ligado a su consumo como no, a sabiendas de que quizás detrás de esa presentación compleja se desplieguen cuestiones de otra índole y se pueda cimentar un síntoma que no esté en relación con su consumo.

Cuando alguien va a la consulta, podríamos concluir que es porque algo en la solución homeostática falló. Ahora bien, 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. En este sentido, nos interesa situar el

siguiente interrogante: ¿qué particularidades reviste el establecimiento de la transferencia en el análisis?

Rodriguez Ponte, posicionándose en la vereda de enfrente de la psicopatología, propone una nueva tripartición: neurosis entre comillas - neurosis - neurosis de transferencia. Una tripartición clínica, la cual su fundamento es transferencial. Ahora bien, neurosis entre comillas es una manera de aludir, dice, a esa frase que suele aparecer cuando uno se junta a tomar café con los amigos o colegas: “todos somos neuroticos”. Esto es, a todos nos va más o menos mal en la vida, todos tenemos una pierna de la cual cojeamos, que no vivimos en el paraíso, que en mayor o menor medida tenemos dificultades para andar por la vida, que todos tenemos algún tipo de ceremonial para irnos a dormir, pequeños síntomas de los que no nos damos cuenta o grandes síntomas que nos llevan a la consulta, etc.

Luego tenemos la neurosis propiamente dicha. El autor dice que ésta se precipita cuando se agrega a la neurosis entre comillas un saber suplementario. Y este saber en más precipita un desarrollo sintomático. Se trata de un logro, en el sentido de que se pudo articular un saber de cosas que habían permanecido hasta entonces en el limbo de lo incomprendido y este plus de comprensión, de saber, este saber en plus desencadena su síntoma. Así, el padecer anterior no se juega en cualquier parte, sino que se juega en alguna parte en especial, o en algunas partes en especial, que son los síntomas. Lo que nos quedaría por considerar ahora es qué pasa acá, entre la *neurosis* sin comillas y la neurosis de transferencia, qué lleva de una a otra.

El analista se presta a un funcionamiento, y en ese prestarse, entonces, a ese doble funcionamiento del deseo y del amor, junto a la cuestión del saber, eso va definiendo la posibilidad de la neurosis de transferencia en sentido estricto. Lacan dice que a aquél a quien le supongo saber, lo amo, frase del Seminario Encore. Lo que despierta el amor, el amor en juego en la transferencia analítica, es que este fragmento de saber, que tiene su propia incompatibilidad, porque articula deseo y castración, para decirlo rápido, ése es el saber supuesto. En ese sentido, suponemos un saber, y amamos a quien le suponemos un saber, del que no queremos saber nada.

Sostenemos que una clínica psicoanalítica supone una posición de «poco saber», que previene omnipotencias, individualismos profesionales. La posición de poco saber apuesta a la potencia del diálogo clínico, a la cercanía entre variaciones, a que la vida no quede capturada por una mirada que juzga y controla. Potenciar lo que Fernando Ulloa (1995) llama miramiento: una mirada

que no evalúa, que no demanda, no vigila. Una mirada que acompaña y espera sin expectativas.

El apresuramiento de los «especialistas» en llegar a conclusiones e incluso soluciones, y no tanto interrogantes, estaría replicando la pretensión de saber de los usuarios acerca de la certeza del goce, en un vano intento, desesperado, de obturar la falta, de desmentida de la castración. Es que el no saber inquieta, angustia, intranquiliza. El furor curativo, con sus ideales de curación y sus rápidas respuestas a todo malestar, está impregnando el campo de la salud mental. Estos ideales intentan constantemente eliminar el síntoma en lugar de problematizarlo, generando respuestas simplistas y reduccionistas, además de un borramiento de lo singular de cada sujeto, yendo a contracorriente del advenimiento por la pregunta acerca de su malestar.

En este escrito, nos desafiamos a pensar un abordaje clínico que pueda correrse de ese ideal de furor curandis, que se resista a la demanda de inmediatez que nos impone la cultura actual, que no reduzca la clínica a formatos pautados y planificados, a estereotipos de las entrevistas médicas o psicológicas, etc. Lo que proponemos es pensar un abordaje que pueda correrse de ese ideal ya que al fin y al cabo cuando escuchamos un paciente, nos vamos a encontrar con mucho más que una situación de consumo. Y en este punto radica nuestra tarea: la de poder generar en la espera del tiempo singular de cada quien, que eso advenga.

El posicionamiento teórico que nos posibilita pensar en esta propuesta clínica es el psicoanálisis, con la lectura del sujeto como un sujeto singular, histórico, político y social. Y en este sentido, la práctica de cuidado a la que hacemos alusión se construye desde una complejidad propia de las singularidades que lo conforman, donde la sorpresa, lo inesperado, aquello que surge desde el devenir de la palabra -o desde el decir del cuerpo-, es esencial para el encuentro con ese sujeto. Se trata, por lo tanto, de una respuesta a la diferencia, de un albergar al extranjero, de un hacer territorio para que la persona pueda morar el lugar propuesto (Ceballos,F., 2022, pp 23).

Reflexiones finales:

El presente ensayo nos brindó la posibilidad de analizar y cuestionar determinadas modalidades de abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, con el propósito de poder bosquejar otro posicionamiento clínico posible, de la mano de los conceptos del psicoanálisis. Así, la pregunta sobre la cual se erigió dicho trabajo es propiamente: ¿qué puede la clínica psicoanalítica, como “extensión de lo incomprensible y custodia de lo indescifrable”, en el terreno de los consumos problemáticos? Aludiendo al hecho de que pensamos al usuario como un sujeto activo, responsable, y sobre todo portador de derechos, y a la clínica psicoanalítica como herramienta de resistencia y de emancipación que politiza ese acontecimiento que busca la clasificación, la cura, etc.; herramienta a su vez que permite problematizar, sancionar, cuestionar los cimientos mismos de las lógicas sobre las que están edificadas las civilizaciones de la “normalidad” (Percia, 2021), como lo es la lógica del Abstencionismo.

El espíritu del ensayo data de una invitación a la interpelación permanente como apuesta. Para llegar a actos que rompan instituidos y que inviten a reivindicar que lo que molesta tiene tanto derecho como lo que se acomoda complacientemente (Percia, 2021).

Si bien el consumo de sustancias existió en la mayor parte de la historia de la humanidad, con diversos modos de uso, ubicamos el consumo de sustancias en el contexto actual como un tipo de consumo específico y preponderante en nuestra sociedad, configurando así la figura del sujeto consumidor, pudiendo transformarse en nuestra época en un problema de salud mental debido a la lógica de consumo imperante.

Sobre esta base, pensamos al síntoma como síntoma de transferencia, potencial a desplegarse en la relación entre el analista y el analizante, donde el analista se ubica en una posición de poco saber respecto a ese padecimiento que trae el sujeto, y no se esmera en dar respuestas inmediatas a sabiendas de que el consumo problemático no supone un síntoma en sí mismo, sino que puede ser pensado como un tipo de padecimiento singular que puede estar envolviendo otra clase de cuestiones subjetivas. Ahora bien, el consumo también es pensado como una práctica de goce, que pone en juego un modo de padecer del cuerpo.

En este sentido, el abordaje clínico al que aludimos tiene que ver con ubicar a la transferencia como ese operador diferencial que posibilita ese pasaje de la práctica de goce a una práctica de la palabra. De esta manera, desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica no se busca clausurar el sentido mediante

una categoría, sino que reconoce que el padecer se encuentra entramado en la historia singular y coloca el saber del lado del sujeto a partir de problematizar el síntoma y el concepto dinámico de consumos problemáticos.

En este punto, el desafío es seguir interrogando acerca del lugar que ocupa el cuerpo en los consumos problemáticos, como así también la puesta en juego del goce, ya que suponemos son categorías de análisis inherentes a la práctica misma del consumo.

Partiendo de la pregunta ¿qué otra práctica es posible?, nuestra propuesta busca proyectar estrategias e intervenciones clínicas que promuevan un cambio en la posición subjetiva del paciente, inaugurando una y otra vez el interrogante por el lugar que ocupa la sustancia en su vida. Al mismo tiempo, sostenemos que hay una lectura posible que se pierde al quedarnos centrados en el objeto, esta insistencia en la sustancia suprime la pregunta por la implicancia y en última instancia suprime al sujeto responsable del psicoanálisis.

Concluyendo, nuestra propuesta es apostar a prácticas en salud mental que se edifiquen sobre una ética del cuidado, pensado éste como un derecho. En cuanto se propone un lugar de cuidado, se hace un sitio que antes no había y su habitar será propio, será su propio modo de habitar (Ceballos, 2022). Así, lo ético redundará en el hecho de no reducir al sujeto a lo que creemos que debe ser, o imponer un determinado modo de estar en sociedad, sino en brindar el espacio propicio para el despliegue de un decir que posibilite un cambio de posición subjetiva y de su modo de padecer.

Referencias bibliográficas:

- Benedetti, E. (2022): Desde los consumos hacia un pensamiento clínico de las problemáticas complejas: Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención. 2da.Ed. Lic. Laura Bonaparte Ed. Buenos Aires.
- Carrere, P (2018). La subversión del sujeto de Lacan frente al individualismo contemporáneo. En Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ceballos, F (2022): “Espacialidades y temporalidades donde habita el cuidado”. 1a Ed. - Ciudad Autónoma de Bs. Aires: Lic. Laura Bonaparte, 2022.
- Freud, S. (2017): “El malestar en la cultura”. 2da Ed. Amorrortu Ed. T XXI. Buenos Aires, 2017.
- Lacan, J. (1959-1960). Seminario VII: La ética del psicoanálisis. Edición en español: (2001). Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Le Poulichet, S. (2019): “Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo.” 2da Ed. Amorrortu Ed. Buenos Aires.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley 23. 737. Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Sancionada el 21 de septiembre de 1989. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Mondelli, I. (1999): “Adicciones: ¿retorno a la vivencia?” En F. Alvarado y C. Ceballos (Eds.), Adicciones: una mirada psicoanalítica (pp. 65-83). Editorial Psicoanálisis.
- Moreira, D. (2015): “La toxicomanía y el gozar”. UCES - Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Naparstek, F. (2010). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III. Edición Grama.
- Nowlis, H. (1975): “La verdad sobre la droga” (en línea). Recuperado el 20/10/2024, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>
- Percia, M. (2017): “Demasiás, locuras, normalidades. Meditaciones para una clínica menor” - Buenos Aires: La Cebra, 2017.
- Percia, M. (2020): “Esquirlas del miedo” - 1a ed. – Adrogué : Ediciones La Cebra, 2020.
- Percia, M. (2021): “Derechos (después de los manicomios)” - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Licenciada Laura Bonaparte, 2021.

- Quevedo, Silvia (2015): "Apuntes del curso virtual: Modelos de Intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas". Buenos Aires: Licenciada Laura Bonaparte.

- Rodriguez Ponte R, (2 de septiembre de 1996). Lo que quiere decir hablar. En Seminario fundamentos de la transferencia. Escuela Freudiana de Buenos Aires.