

31
20

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**"REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA
CONSIDERACIONES DESDE LA TEORIA LACA-
NIANA"**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
EDITH HORTENSIA CRUZ MERINO**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I.	INTRODUCCION..... Justificación, objetivos y metodología.	1
II.	"YO FUMO... PORQUE ME GUSTA"..... Enunciado = enunciación; necesidad; deseo; demanda; falta en el ser, objeto "a".	4
III.	"¿QUE HAS QUIERE SABER?..... Saber y verdad; signo, significado, signifi- cantes, síntoma.	14
IV.	APUNTES SOBRE PSICOTERAPIA Y PSICOANALISIS LACANIANO..... Deseo del analista; lugar del analista; trans- ferencia, entrada en análisis, entrevistas = preliminares; encuadre, focalización del -- síntoma, contrato terapéutico y criterios de alta.	31
V.	EL ADICTO Y SU LENGUAJE..... Adicto / a-dicto; lengua, lenguaje, argot, - discurso del farmacodependiente; demanda y - su procedencia.	48
VI.	REHABILITILE EN FARMACODEPENDENCIA ¿QUE ES?.. Rehabilitación, rehabilitación física, reha- bilitación social, dirección de la cura; --- ley.	65
VII.	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	86
VIII.	CONCLUSIONES.....	89
IX.	ANEXO	96
X.	CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	100

1. INTRODUCCION

El objetivo de esta tesis es analizar a la luz de algunos conceptos de Lacan, lo que podría considerarse como la rehabilitación en farmacodependencia.

El título en sí mismo pretende señalar un pasaje de lo que la Psicología Clínica establecida reconoce como el fin último de un abordaje psicoterapéutico a la dirección de la cura lacaniana. En este recorrido apunta a citar algunas - de las diferencias epistemológicas y clínicas entre ambas aproximaciones teóricas.

Este trabajo parte de la necesidad clínica de construir un modelo teórico para el abordaje psicoanalítico de la farmacodependencia.

Es común observar en la práctica clínica institucional que los consumidores de fármacos o drogas, se muestran reacios a participar en tratamientos psicoterapéuticos, y cuando asistan por presiones externas, se detecta que desertan del tratamiento durante las primeras sesiones. También es frecuente su constante manifestación de que para ellos la farmacodependencia no es un problema, aún cuando experimenten un impulso incontrolable por usar la droga y sean el soporte de las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que implica su adicción.

Este proceso involutivo - que en no pocas ocasiones, los lleve a incrementar las dosis o el número de sustancias -- utilizadas a fin de vivenciar un placer o evitar un malestar -, apunta a un inminente deterioro. En donde en algunas veces, el terapeuta se ve convocado a ser testigo de -- su flagelación o a ser el redentor de una causa que termina por crucificarle. Esta última expresión, lleva en sí --

niese un matiz ideológico del que los tratamientos suelen no estar exentos del todo.

La finalidad de la tesis es proponer una lectura Lacaniana de la farmacodependencia, entendida ésta ya no como un fenómeno que atañe a un conglomerado de individuos sino focalizada en el individuo que la presenta.

Se elige la teoría que preconiza Jacques Lacan por considerar tal y como se intenta demostrar, que es la que más se aproxima en su explicación a los sucesos clínicos.

Es necesario mencionar que desde la nomenclatura lacaniana se definen tres estructuras psíquicas: neurosis, psicosis y perversión. Si bien se hace alusión al papel de la farmacodependencia en las tres estructuras, no se delimita en relación a cada una de ellas por considerar que el ser un síntoma y definirlo en cuanto tal, comparte los mecanismos que le son propios.

Cabe señalar que tampoco se ha escrito todo en relación -- con la farmacodependencia desde la perspectiva lacaniana. Suponerlo, sería además de una pretensión, una contradicción con uno de los conceptos más interpelados por Lacan: la transmisión en psicoanálisis.

Intentar congelar el decir psicoanalítico de los sujetos -- con problemas de farmacodependencia y hacer generalizaciones didácticas que uniformen el quehacer clínico, sería -- tanto como reproducir un saber teórico preexistente al sujeto, dejando de lado la producción que éste pueda hacer -- en torno a su existir vinculado a una droga.

El recorrido teórico aquí reseñado parte de los conceptos Lacanianos para la concepción del sujeto y su cura. Para fg

ra facilitar su comprensión se inició con fragmentos de la vida cotidiana como con un spot publicitario y una nota periodística, pasando por observaciones al trabajo institucional con pacientes adictos hasta llegar a una propuesta que pretende restituir al farmacodependiente en tanto ser hablante y escuchar su discurso.

La importancia de este enfoque es que al dar la palabra al sujeto, es posible establecer a partir de su discurso el lazo que lo une a la droga permitiendo dar un sentido diferente a su adicción, considerada ésta, como aquella que ha funcionado como una palabra obturante que literalmente lo ha dejado sin habla.

Este cambio cualitativo que pasa de concebir a la droga como aquella capaz de "hacer al farmacodependiente" para sostener que es el farmacodependiente quien hace a la droga, marcan la ruta que seguirá el tratamiento a elegir. Lo cual remite a puntualizaciones precisas que diferencian el quehacer del psicoanalista del de un psicoterapeuta.

Aunque la orientación lacaniana actualmente no forme parte de la currícula académica a nivel licenciatura es importante que ésta sea difundida para que el psicólogo en su formación posterior pudiese optar por ella.

II. "YO FUMO ... PORQUE ME GUSTA"

Reza un spot publicitario de tabaco de una marca conocida.

Cuando se lee el enunciado, el lector se encuentra diciendo: "yo fumo ... porque me gusta", en donde ya no se sabe quién es el sujeto del enunciado y quién es el sujeto de la enunciación es decir, quién como representante de los intereses económicos de una determinada compañía dice en el texto publicitario, y dice "yo fumo ... porque me gusta" y quién es el pezullo que muerde el anzuelo y al abrir la boca hace suyo el discurso.

Algo similar ocurre con el sujeto del inconciente, ese sujeto que es de interés para el psicoanalista: el hablante. Neologismo acuñado por la teoría lacaniana para denominar al ser, que al hablar, es.

Y no sólo porque en el reino animal, el ser humano es el único que lo posee como un medio privilegiado de comunicación sino porque el lenguaje es una estructura que le da consistencia al sujeto.

Desde que el individuo nace, es insertado en el lenguaje en tanto es una matriz simbólica que le es preexistente.

En un inicio será la madre quien nombre los signos que son emitidos por el recién nacido. Así por ejemplo, ella dirá frente al llanto del bebé "tiene hambre", "tiene frío", "tiene cólico" y la que realice la función de madre, en el mejor de los casos la madre biológica, estará presta a atenderlo. Señala en el mejor de los casos, porque en este momento el infante depende totalmente de un otro para

su sobrevivencia y además porque con esta interacción se -
sientan precedentes para su estructuración psíquica.

Serán los padres, en tanto representantes de una sociedad,
los que transmitan paulatinamente una serie de normas y va-
lores imperantes no sólo en su contexto social sino los --
que ellos mismos a través de su historia individual, han -
hecho propios.

Con el ejemplo citado del recién nacido, es posible preci-
sar ciertos conceptos lacanianos que posteriormente serán
de utilidad: necesidad, deseo, demanda y falta en el ser.

Las necesidades estarán circunscritas en el terreno de lo
biológico tales como el hambre, la sed o cualquier otra --
exigencia vital del organismo, y que el ser define la --
fuente que crea esa necesidad, puede ser determinado el objeto
capáz de satisfacerla.

Sin embargo, se observa que aunque el recién nacido tenga
satisfechas sus necesidades básicas, pide algo más que la
leche, el calor materno o una ropa seca.

Este "algo más" podría ser rotulado como una demanda. El objeto
no le demanda el Otro que lo acaricia, que lo besa, que lo
vea, que, que ... y es en esta sucesión de quién, que la de-
manda es sólo un vehículo de un deseo que por antonomasia
no puede ser satisfecho.

No obstante, es justamente esa falta de satisfacción la --
que es constituyente del sujeto como ser deseante y la que
lo inscribe en el circuito del deseo. Gracias a que algo
falta, el sujeto puede desear. En términos generales se -
puede decir, que desea un re-encuentro con ese momento mí-
stico de satisfacción absoluta, que ahora siente perdido y

que buscará incessantemente.

Por supuesto, que la demanda y su pasajero que es el deseo, no parte únicamente del niño hacia los padres, datos también tienen, cada uno por su cuenta, un deseo en torno a ese hijo y será lo que éste signifique para cada uno de ellos, lo que definirá su subjetivación.

La madre inserta en esa red de intercambios pene-falo-hijo, señalada ya en Freud, configurará a partir de la forma en que ella se inscriba de acuerdo a su propia subjetivación, el lugar que cada hijo ocupará dentro de esa cadena. Esto permite explicar de inicio, las diferencias subjetivas entre los hijos de una misma familia, en tanto son productos de circunstancias, momentos y deseos diferentes.

En esta relación que ya se vislumbra edípica, el padre tiene una función que cumplir y será la de castrador. Como la de un director de escena que dice (hasta ahí! ¡no más!). El efecto de castración, dependerá de la sabida que en su deseo, la madre tenga hacia ese padre y obviamente de la representación que de su hijo ella se haya hecho.

En este momento parcialístico de la relación madre-hijo, él uno puede significar la total completud para el otro. Para el niño su existencia vital, para la madre el recubrimiento de algo que le hacía falta.

Sin embargo, es justamente por el efecto de la función del padre, que al separarlos, se instaura una doble prohibición: para la madre, la no reincorporación de su producto; para el hijo, la renuncia a su madre, con la promesa de tener acceso a otras mujeres.

Cualquiera que sea el resultado de la función paterna ejer

cida ya sea que en ese encapsulamiento madre-hijo se logre una separación total, una separación parcial o ésta no sea efectuada, se perfilará la estructura psíquica del sujeto en neurosis, psicosis o perversión con sus mecanismos básicos: represión, foreclosure y renegación de un momento de corte, de separación, de castración.

Los momentos de castración en que se evidencia que si había tal encapsulamiento era porque a la madre le faltaba algo pero que ese algo no podría ser completado por el hijo, es. Más también a la madre como un ser castrado y por lo tanto deseante, y el hijo lo inscribe en la dialéctica del de ser. Puesta en operación la ley de prohibición del incesto, su madre tampoco es toda para él, tendrá que buscar en otra parte.

La castración desde esta perspectiva no puede significar - en el hombre, una pérdida de virilidad; ni para la mujer - la envidia de pena sino que en esta castración simbólica - que es estructurante en el sujeto se producirá un corte y lo que se perderá será denominado por Lacan como "objeto a". En ese recorte, el hueco que queda es la "falta" que se intentará borrar con los sustitutos del objeto perdido.

Por ahora es necesario hacer un retorno al epígrafe "yo -- fumo ... porque me gusta".

Supongamos por un momento que no es leído, sino que es escuchado en alguna de las medias masivas de información. Es oído y dicho enunciado pareciera tener un colofón ¿y tó? Desde esta vertiente se detecta de entrada un sugestivo -- ofrecimiento, no exclusivo por demás de este producto. En él están apareadas en un sólo paquete, la necesidad y la - demanda y cuya satisfacción pareciera estar al alcance de la mano.

Así en el enunciado en cuestión, es posible escuchar del texto en "... porque me gusta" primero, un placer que es -pregonado por el supuesto fumador y segundo, que ese placer está a disposición. Incluso, una compañía hace decir textualmente a su producto "eso que tu quieras, eso tengo yo". En donde se observa que no sólo se está vendiendo el producto en el mismo vía satisfacción de una necesidad --creada y la satisfacción de una demanda, sino que se pretende atrapar algo que es más indefinido como es el deseo y que fúrgemente aparece disfrazado en el deseo sexual, dg sea de poder, deseo de saber, deseo de tener, deseo de... para descubrir posteriormente que no era eso lo que se buscaba y desligarse de nuevo para buscar en otra cosa, y así sucesivamente.

Es exactamente en esa posibilidad de encontrar la satisfacción que el sujeto se enfrasca en una repetición; repetición de un recorrido ya hecho y re-petición en tanto insiste en su petición, la satisfacción de un deseo que no puede ser satisfecho.

Si se retoma el concepto Freudiano de placer, que pretende ría de este modo el retorno a la fusión con la Cosa a través del camino alucinatorio, se concluiría como Freud, que esa tendencia al cero, - en tanto se trataría de mantener la tensión al nivel más bajo posible -, es incompatible -- con la posibilidad de existir como sujeto del deseo. Si - se tiene todo, nada falta; si no hay falta, no hay deseo.

Por su parte la realidad, hecha principio, se encarga de - hacer evidente que esa completud es imposible, pero no por ello deja de buscarse (o de ofrecerse), incluso alucinatoriamente.

Siguiendo la propuesta se podría pensar, que el fumador en

ciernes al probar el primer cigarro y no encontrar ese placer deseado, desistiría y buscaría en otra cosa. Pero, es exactamente esa gaba que no puede ser alcanzado, lo que lo sostiene en su insistencia aún a riesgo de su autodestrucción.

Esa compulsión a la repetición en tanto mecanismo, es exterior al sujeto mismo, pero en su contenido significativo, lo que se repite es algo de la subjetivación propia de cada sujeto. En su sentido estricto la compulsión podría impulsar al sujeto a enfrentar lo insatisfactorio de la realidad, hasta encontrar en esa inadecuación entre lo que busca y lo que encuentra, una nueva satisfacción, aunque ésta sea parcial y lo invite a buscar de nuevo.

Si se da una puntuación diferente al título podrá leerse -- "yo fumo ¿por qué me gusta?". En donde podrá diferenciarse el yo del enunciado, del yo de la enunciación. El yo del enunciado cree poseer el sentido de su discurso, -- sentido que cree articular en su decir: "yo fumo porque me gusta" pero que desconoce que en realidad es a través del decir del Otro. Así cuando se interroga al sujeto del -- enunciado surge el sujeto de la enunciación, único poseedor del sentido de aquello que el yo del enunciado dice. -- Las múltiples respuestas a la pregunta "yo fumo, ¿por qué me gusta?" harán constatar la diferencia.

En el título he sustituido la marca comercial del producto por puntos suspensivos, no sólo por razones obvias de tipo publicitario sino para manejar la posibilidad de la sustitución del objeto mismo.

No está de más señalar que el nombre de este cigarro es -- Barón: título nobiliario inglés inferior al de barón y -- que barón deriva del germano "baro", que significa hombre

libra y que nos remite a su perdurable varón, oritura regia-
nal del sexo masculino. Se tiene así la triada latente: --
Nobleza-libertad-virilidad, ofrecida por el mismo precio.

A manera de ejercicio, este atractivo ternario podría ser
el portador no sólo de esta cigarra sino de cualquier otro
que pretenda dirigirse al público masculino y despertar la
admiración en el femenino. E incluso en el enunciado en --
cuestión "yo fumo ... porque es guata" podría haber un deg-
lizamiento en los puntos suspensivos, del tabaco a la mari-
guana.

Aquí se parte de la premisa de que si desde la publicidad
se trata de sostener la calidad y acceso a una determinada
mercancía, esto puede ser logrado con casi cualquier pro-
ducto. Pero es justamente ese "casi" el que impide que sea
el tabaco y no la marihuana, la que es promovida.

Un lineamiento presente es el que postula el discurso lega-
l, en el que se tipifica al tabaco como droga lícita y
se penaliza el consumo, el cultivo, el tráfico, o la dis-
tribución, en este caso comparativo, de la marihuana. Cen-
tro de este registro, todo individuo está sujeto a una ley
y se somete a ella, aún cuando pareciera estar fuera de su
normatividad, no sólo al utilizar alguna droga prohibida --
sino también al promover su consumo. Por paradójico que --
resulte, es justamente por la existencia de la ley, que --
ciertas drogas o acciones no están permitidas.

Ahora, el sometimiento que se haga a una ley dependerá de
la conjugación de ciertas fuerzas. Así tenemos que el dis-
curso médico para avalar esta disposición legal, ve refle-
jados sus descubrimientos científicos. Se observará que --
 pese a reconocer los daños que el tabaco produce, admite --
 su promoción con la consabida microcósmica leyenda "este --

producto es nocivo para la salud".

De igual manera la conciencia que el sujeto pueda hacer de -
la ley que le es fundente y que lo estructura como neuróti-
co, psicótico o perverso, determinará su incorporación a -
las diferentes instancias ordenadoras en su vida.

Es probable que algún sujeto de acuerdo a su estructura--
ción psíquica, se vea compelido a actuar como el discurso
médico. Conoce los riesgos físicos y legales al utilizar
cierto fármaco o droga "pero aún así ..." y quizá en ese -
correr el riesgo, encuentre un resquebro de satisfacción,
para ser iniciado nuevamente el recorrido, obteniendo así
un excedente de goce.

Esto abre el campo a una vía más, que son los efectos psi-
cotrópicos que cada una de las sustancias produce en el eg
organismo por sus principios activos que le son inherentes.

Así promueve la clasificación de la Organización Mundial -
de la Salud (OMS) que existen drogas estimulantes en tanto
aceleran las funciones del Sistema Nervioso Central; depre-
soras, cuyos efectos son inhibitorios; y alucinógenas, da-
do que inciden en la percepción de la realidad y el sujeto
experimenta reacciones sensoriales sin que haya un objeto
externo que las produzca.

Desde esta perspectiva la droga, por el efecto que genera
en el individuo crea la Farmacodependencia.

Sin embargo en investigaciones epidemiológicas realizadas
por Centros de Integración Juvenil, A. C. (1) se observa -
que un alto índice de estudiantes de secundaria en la CD.
de México ha probado alguna vez en su vida alguna droga -
y que sólo en el 13% de la muestra se detecta una prevalen

cia en el consumo.

Hasta ahora se ha puesto atención en el grueso de la población que constituye a los individuos farmacodependientes, se ha definido el fenómeno de la farmacodependencia y se han diseñado estrategias de intervención terapéutica.

No obstante, la categoría de los farmacodependientes ha sido sustraída de su contexto. Siguiendo la campaña de Gaus mencionada anteriormente, de que también existen sujetos - no farmacodependientes y sujetos que habiéndola probado en alguna ocasión no reinciden en ella. Con el señalamiento de que existen por lo menos estas tres categorías, todo parece reciera indicar que dependerá de las características de -- subjetividad de cada uno de los sujetos, que las drogas -- funcionarán o no, como terreno fértil en la germinación de una farmacodependencia.

De regreso a lo de los puntos suspensivos.

La gramática señala que estos se emplean cuando se deja -- sin concluir una sentencia. Sentencia que por igual remite a una idea que a una condena.

Y son exactamente las dos vertientes que quiero indicar -- en relación al objeto.

La primera apunta a la idea, por llamarla de alguna manera, que inconscientemente el sujeto farmacodependiente pudiera tener sobre el objeto droga. Esto puede identificar, por características subjetivas propias, la droga con el objeto "a", objeto causa de su deseo y con-fundirlo, creyendo haber alcanzado su completa satisfacción.

Cuando por su parte, la sentencia lacónica también señala, que ese objeto "a" es mítico y jamás será alcanzado.

Para recapitular, se dice que el objeto "a", es la oposición entre la demanda y el deseo. Así se tiene que la demanda se dice de un sujeto a un Otro, un Otro con mayúscula por considerarlo un Otro especial, un Otro completo, un Otro al que nada le falta

S ----- O

y el deseo es el querer decir de la demanda

S  O

El objeto "a", será aquello que se le escapa, pero que paradójicamente debe perderse para que se ponga en operación la subjetivación del sujeto y exista en tanto sujeto que desea (2).

III. "¿QUE HAS QUERIDO SABER?"

"Te van a decir lo que ya sabes o lo que se ponen que quieres así; repiten un mismo discurso porque se descubrieron que son estafas - de estudio para psicólogos, sociólogos y psiquiatras... las declaraciones a la prensa ya tienen un costo: 30 mil la nota, 50 mil la foto"

Niños en catacumba.
Amílcar Salazar
Revista Tiempo Libre
Julio 1989

"Te van a decir lo que ya sabes ..."

Inmediatamente esto remite a un saber conceptual, un saber acumulado por las diversas lecturas, pero también aquél -- que es construido por las vivencias y prejuicios y que en su conjunto vienen a formar pieza tras pieza la lente por la cual el investigador hará pasar la realidad. Existe un saber preconcebido que sólo tendrá que ser constatado en el lugar de los hechos.

Así, si se sigue al autor de la nota periodística, se podrá leer en otro párrafo:

"... los chicos parecen dispuestos a declarar todo lo que uno desea escribir. Que si son huérfanos, dicen que sí. - Que si fueron abandonados por sus padres o llegaron de provincia, también. Lo que sea, incluso que sus padres son o fueron tapachochos o prostitutas".

Un saber se superpone a otro saber. Curiosamente un mito sobre el origen, viene a ser sustituido por otro mito. En donde el sujeto al construir sus mitos, va haciendo y sien

de mitos, que le permiten explicar (¿explicarse?) una realidad.

Y cuando se dice que son mitos, no se hace alusión a lo que pudiera existir de falsedad sino específicamente a su carácter que de verdad fundante tienen en el sujeto. Por supuesto no cuando en la calle alguien dice "te juro que es la verdad" o como en la situación relatada por el peripatista.

El estatuto de verdad que se da en la práctica psicoanalítica es privativo de ella, difiere de aquella verdad aristotélica que señala la necesaria adecuación que debe existir entre un objeto del mundo exterior, que es el referente, y la palabra que lo indica, que es la descripción de un estado actual.

La verdad en la experiencia analítica es otra cosa, que tampoco tiene que ver con el saber analítico, aquellas construcciones teóricas o algunos fragmentos de análisis que ejemplifican tesis psicoanalíticas y que constituyen el marco conceptual de la teoría, que en ocasiones lejos de permitir un acceso de la verdad en la analizante, cierran la posibilidad de que ésta emerja y sea trabajada.

Todavía es frecuente sacuchar el privilegio que en algunas medidas existe por la investigación en detrimento de la práctica clínica. Así se aplicarán una serie de instrumentos diagnósticos que irán desde entrevistas iniciales, historia clínica, informe social, examen físico-neurológico, pruebas psicológicas y hasta cuestionarios para valorar índices epidemiológicos.

Esto de entrada surge, dentro del abanico de posibilidades existentes para abordar la farmacodependencia, una línea

que el experto representado por el formato que hay que llenar, señala que es la indicada.

Es frecuente obtener respuestas que imaginariamente el entrevistado supone que son las correctas y aquellas que -- quiere decir al entrevistador. Respuestas que dará una tres veces frente a los diferentes profesionales que se las forajien, asemejando un disco rayado. Alguién que repite, pero que no es escuchado en esa incesante repetición.

Cabe señalar que en la práctica clínica institucional, no es fácil prescindir de la apertura de una carpeta de expediente. Sin embargo esto no quiere decir que el sujeto -- sea cosificado y el interrogatorio se limite a una extracción de información para llenar los registros médicos. Lo indicado podría ser que a partir de lo escuchado por el -- profesional, sea éste quien conteste las interrogantes del expediente.

Se ha llegado a extremos de no querer perder nada de lo dicho por el paciente, que se escribe frente a él, se le graba, o se le pide al profesional que escriba textualmente -- lo relatado. Se quiere hacer una aprehensión tal de la -- materialidad de lo dicho por el sujeto que se deja ir -- lo que realmente es verdadero.

La verdad en psicoanálisis, aparece así, marcada por ese -- signo de la falta, algo que no puede ser aprehendido porque esa falta de lo que se trata, es la falta en ser del -- sujeto.

Una falta que es fundante y que abre por la vía del Otro, la posibilidad de ser. Ser para Otro, ser deseo del deseo del Otro, ser aquello que al otro le falta, cadena que que da abierta al infinito en la sucesión de las generaciones.(3)

La verdad que promueve el psicoanálisis es que no hay nada que devuelva al hombre o a la mujer lo que debieron perder para constituirse como sujetos del deseo.

El autor de la nota periodística en cuestión, señala que - si alguien les pregunta a estos chicos quién les vende la droga, responderán irónicos, "sabe, sabe, sabe ... -corquillones de ese secreto que no han revelado ni revelarán nunca. Porque esto no tiene precio. No habrá dinero que compere al Chivatozo, a menos que se pretenda arriesgarlo para escuchar una mentira".

Por establecer una analogía, en psicoanálisis, se trata de una verdad que no puede ser dicha, es una verdad que no tiene precio y en caso de arriesgarse a iniciar un psicoanálisis, se obtiene una verdad pero que es sólo a medias.

Pues la verdad habla no como consecuencia de una acción - del sujeto sino que el sujeto habla porque es un efecto de la verdad, una verdad que habla a través de él.

Simplificando al máximo este concepto de verdad se podría decir que si estos chicos intentaran decirlo, estarían - arriesgando su vida. Nadie atenta contra la cadena del - narcotráfico y sale inmune del atentado.

No es casual que el autor de esta nota periodística la haya titulado "niños en estacuba", Estacuba, si bien remite a aquellos cementerios subterráneos que utilizaban los cristianos primitivos como templos y lugares de reunión, - no está exento de su nexo con la muerte. Paradójicamente la verdad, sin que ellos la hayan dicho puede ser dicha, - ella habla a pesar de ellos mismos, chivar a alguien puede significar la muerte.

La farmacodependencia como fenómeno social hace signos para alguien: el psicólogo, el sociólogo, el periodista, por mencionar sólo algunos profesionales. Signos a curar, a interpretar, a borrar, a denunciar, a defender, a castigar.

Mientras tanto el sujeto emite signos en vano. Pero se sabe, un signo no es un significante.

Para el psicoanálisis, el signo es lo que representa algo para alguien; y el significante es lo que representa al sujeto para otro significante.

Un animal doméstico puede andar en busca de esos signos: una caticia, una dedita, una instrucción y después hablar: mover la cola, repetir la palabra aprendida, pero su habla nunca será un lenguaje. Y no lo es, porque el ser humano lo de signos, pero no puede darle significantes.

Desde la teoría lacaniana se dice, que el lenguaje es condición para que el inconsciente exista, ya que sin lenguaje no hay inconsciente. Pero el inconsciente ya no entendido - bajo una concepción instintualista que precedió la juxtaposición de contenidos, sino el inconsciente concebido, en su registro simbólico, como la articulación de elementos - significantes regidos por la metáfora y la metonimia.

El privilegio del significante en relación al significado, es a partir del descubrimiento lacaniano, de que es la relación entre los elementos formales, la que produce un sentido y no su contenido semántico.

En la vulgarización del psicoanálisis es frecuente encontrar desviaciones sobre la interpretación de los sueños, - en la que se da preponderancia a los contenidos, a los sig-

nificados y queda asolejada la combinatoria formal -condensación y desplazamiento- que está en juego en el trabajo -artístico.

Es tal la importancia del ligamento existente entre los -- elementos significantes que constituyen el inconsciente, -- que es el fundamento básico de la asociación libre.

Cabe señalar que si bien se está haciendo énfasis en que el inconsciente tiene un orden que le es propio y que es a través del orden simbólico que puede ser expresado, no excluye la acepción de que en el inconsciente, no todo es simbólico, no todo puede ser dicho, hay algo en él que se resiste a toda simbolización.

tan es cierto, que cuando al sujeto se le pide que asocie libremente se podrá constatar que esa libertad está condicionada por la lógica del inconsciente y que en su esfuerzo de traducción vía el lenguaje, hay algo que irremediablemente se pierde.

Se pierde, en tanto existe en el lenguaje un sistema de -- oposición que señala que para hablar hay que elegir, no -- pueden emitirse todos los significantes a la vez y además aunque se quisiera, no todo puede ser simbolizado, hay algo que es del orden de lo real que queda fuera de todo significado. Vg. intentar poner en palabras el goce de un místico en su contemplación de dios, es una tarea difícil.

Si se vuelve la mirada a la senda indicada por el repertorio en su nota periodística, se llega a una enrucijada:

a) La farmacodependencia como signo, cuando puede ser un -- significativo, un síntoma.

- b) La ganancia secundaria del signo: 30 mil la nota, 30 mil la foto.
- c) Ofrecer ayuda sin demanda: ¿qué más quiere saber?
- d) Los niños en catacumbas: una verdad de Amílcar Sala---zar.

a) La farmacodependencia como signo, cuando puede ser un significante, un síntoma.

Se puede decir que la farmacodependencia hace signo para alguien, en la medida en que existe el profesional, el padre de familia, el ciudadano medio, que registre las señales que la farmacodependencia emite. Así ésta podrá ser -- calificada como "fenómeno social que requiere solución", "enfermedad producida por las drogas que debe ser curada", "problema de conducta que debe ser corregido", "cuestión de drogas que debe ser legislable", etc., en donde el sujeto que la porta está borrado.

Los signos que llama la atención a otros, podría convertirse en significante, en tanto el sujeto pudiera reconocer -- que es representado por la farmacodependencia en su decir, frente a otros significantes que conforman su discurso y -- que hablan de su existir confundido a ella.

En el decir, hay un significante inicial (S_1) que produce en una cadena discursiva un segundo significante (S_2) como -- sujeto del enunciado, pero en ese inter emerge el sujeto -- de la enunciación (E) quién dirá la verdad sobre su existir como farmacodependiente.

Con el pasaje de un otros al sujeto mismo, se señala que -- el saber psicoanalítico sobre la farmacodependencia, está en el farmacodependiente mismo y que es tarea de él y no -- de los otros hablar de su ser como sujeto y su vínculo con las drogas.

Se hace referencia a la farmacodependencia ya no entendida como un significado que le pre-existe: "viene a cubrir las carencias esenciales que el sistema sociofamiliar le niega" sino en el contexto de la articulación que el sujeto - pudiera hacer cuando se refiere a su adicción. En páginas anteriores se decía que es una verdad que había poseo al sujeto mismo.

1.- Cuéntame un poco de su familia.

- Mamá es superintendente. Tan inmadura como yo. No sabe ser madre. Papá murió cuando yo tenía 15 años, pero no se venga ahora con que se drogó porque se murió el papá. No soy una chica de 15 años, para decir eso. Mi papá era un genio. Hablaba 7 idiomas y era superinteligente. Se le pasaba pegándonos por cualquier tontería, especialmente a Gustavo. Yo creo que le pegaba a Gustavo porque no se resignaba a que fuera medio oigo; que no fuera tan inteligente como él. Cuando papá se murió, se desarmó la familia. Si papá no se hubiera muerto yo sería otra persona ..."(4)

Este fragmento que habla por sí mismo, señala entre otras cosas que:

- El padre hace tanta falta al morir, que la familia se -- "desarma".
- El atributo del padre es su inteligencia. En este caso, la inteligencia adquiere un estatuto fílico y viene a -- ser situado como calibrador en la cercanía con el pa-- dre.
- Su actitud como padre golpador puede significar en este sujeto un proceder no tan genial y en consecuencia su -- muerte como padre ideal.
- Para mantenerlo vivo, es necesario sostener la falta que éste hace a través de una conducta farmacodependiente: -- "si él viviera, yo sería otra persona".

Este es un ejemplo en que la farmacodependencia puede ser apreciada como una metáfora, en tanto ya no es posible establecer una correspondencia biunívoca entre significante-sig-
nificado. Es decir:

Padre muerto = duelo = farmacodependencia

Padre muerto = descontrol familiar = farmacodependencia
sino que condensa la percepción que el sujeto tiene de su
padre, la falta que éste le hace, las faltas que observa -
en él, pero también, por paradójico que se siga, los inten-
tos de restituirlo: ella es quien ha fallado, no su padre.

En esta ejemplificación clínica se observa, que si se con-
layara su sustrato metafórico sólo sería viable identifi-
car a la farmacodependencia que es necesario eliminar.

Es evidente que para todo clínico, es posible leer en el -
relato de este sujeto farmacodependiente más de una cadena
significante. Otra línea a seguir podría ser la triangula-
ción padre - madre - hijo, en donde cada uno de los padres
podiera ser colocado en extremos opuestos de una escala
invertida sostenida por el adjetivo super: uno es super --
inmaduro y el otro es super inteligente.

Es viable suponer que en este encadenamiento que pudiera -
hacer el sujeto quedase representada su novela familiar, -
su relación e identificación con esos super seres, y el po-
sible papel que en esta constelación juega la farmacodepen-
dencia.

Luego entonces, cuando se dice que el síntoma es una metá-
fora, se quiere decir que opera como una complejidad de --
significantes que están en relación sustitutiva con algo.
La construcción y combinatoria de los elementos significa-
tes condicionan las diversas inversiones y/o reversiones -
del elemento sintomático. De tal manera que cuando se in-

terpretado se operaría un desarme de ese completo mensaje a través del encadenamiento de los elementos significan--
tes.

Ahora bien, en su vertiente simbólico, el síntoma es un -
significante dentro de una red de sentido estrictamente -
individual, por lo que carece de validez, hacer una gene--
ralización de cualquier interpretación realizada.

El síntoma para que devenga analítico requiere de la im--
plantación del significante de la transferencia, es decir,
que el sujeto en sus esfuerzos por entender lo que le suoc
de, caiga en un lugar del sin-sentido. El sin-sentido que
tienen para él, algunos de sus pensamientos, sus comporta--
mientos e incluso de toda su existencia puede propiciar --
que les quiera dar una significación y haga un llamado a -
un saber supuesto: el no sabe: que le pasa, pero supone --
que ese saber está en un Otro lugar.

Este saber supuesto es presentificado por el analista, en -
tanto vendrá a ocupar el lugar de sujeto supuesto saber: -
SES de lo que al sujeto le ocurre.

La farmacodependencia como síntoma, puede ser tridimensio--
nada en los registros real, simbólico e imaginario, un ---
construeto lacaniano que topológicamente explica la neces--
aria interacción de estas tres esferas en la producción -
de un síntoma. Así se tiene que:

a. La farmacodependencia en tanto desconocida como sintomá--
tica en el sujeto, se identifica a la realidad cotidiana:
La farmacodependencia para él no es un problema, al
contrario, se parece ..."

El síntoma tiene aquí un estatuto imaginario en tanto -
está identificado con la vida misma del sujeto.

2. En un segundo momento, podrá haber alguna emergencia -- del síntoma y manifestarse como una escisión en el sujeto. Posteriormente podría revelarse quizá la incidencia de la relación con el objeto a.

Un ejemplo podría ser el juego con la dosis en las drogas heroicas en su doble vertiente, el riesgo de morir y la supervivencia como herda. En ese juego, el sujeto reafirma su infabilidad pero lo mantiene en esa otra -- muerte, "el viaje". Pese al movimiento que evoca este constante ir y venir, no permite más que una sola bda-- queda: el límite entre ambas hasta que éste se rompe y entonces puede suceder que el bordear lo real, se produzca en el sujeto, la emergencia del síntoma.

3. En el registro simbólico se inscribe la demanda que se hace al analista, su estatuto de mensaje articulado al Otro. "Vengo porque ... quiero saber ... y creo que -- usted ...". Es así que en este sentido, el síntoma en tanto analítico, se constituye por su captura en el discurso del analista, es decir, que desde esta perspectiva el síntoma se cristaliza a partir del significante -- de la transferencia.

Anterior a este momento, se puede decir que era un signo -- para otros y un síntoma desconocido para el propio sujeto.

b) La ganancia secundaria del signo: 30 mil la nota, 50 -- mil la foto.

Es muy probable que mientras exista una exigua ganancia, -- (que en ocasiones no es tan pobre, lo podemos leer en el -- reportaje) el síntoma hará signos para otros y con su respuesta obturará la posibilidad de que haya quiebre en el -- sujeto. Ya no se preguntará que tiene que ver él con todo lo que le ocurre, sino que se diluirá en la masa y se apropiará de un discurso que le permitirá justificar su exis--

tencia. Las causas de su farmacodependencia estarán puestas en la emigración campo-ciudad, la prostitución de la madre, el alcoholismo del padre, la distribución desigual de la riqueza y no en el lugar que toda esta configuración le pudo haber preparado.

Mientras tanto, el sujeto eximido de su responsabilidad sobre la directriz que su vida ha tomado, reforzado con palabras "humanitarias" que estancan su movilización, el sujeto se la ingeniará para obtener una satisfacción indirecta que le reditó algo y de manera secundaria, pero que -- seguramente de estar en otras condiciones no tendría. Es claro que la ganancia no sólo será monetaria sino que será vía afecto, atención, comodidad, y tantas más como requerimientos tiene el sujeto.

El ofrecer ayuda sin demanda: ¿qué más quiere saber? Puestas así las cosas, ya no es el sujeto quien quiere saber que le pasa; sino que son los otros quienes quieren saber de él. Son los otros quienes necesitan de él para justificar su existencia. Con esta linealidad de pensamiento, las instituciones filantrópicas, asistenciales y terapéuticas, corren el riesgo de ser absorbidas en una dinámica que lejos de promover ciertos resultados, sean utilizadas para posteriormente ser invalidadas.

Es de dominio público que cuando se intenta ayudar a alguien que cree no necesitarlo, los efectos son nulos. Paradójicamente el que recibe los beneficios lo hace no porque él los necesite sino para ayudar al que los ofrece, -- observándose así una total subversión en el planteamiento de la demanda analítica.

En este momento de masificación total y de disolución de la posición subjetiva de los sujetos, es conveniente hacer

una oferta, para crear una demanda. La oferta es crear el espacio para que el individuo farmacodependiente pueda interrogarse por su existir y los nexos que éste tiene con la droga, pero de ninguna manera otorgar respuestas o servicios, que cierren la posibilidad de que se asuman como agentes de su discurso.

Los lugares desde los que se hace este ofrecimiento suelen estar determinados por las políticas institucionales, si se hace desde un contexto oficial, o, por la formación académica y vivencial del profesional, marcando ésto la diferencia en la atención entre las diferentes instituciones y cada uno de los profesionales.

La demanda que esta proposición promueve también estará -- determinada por la subjetivación de cada uno de los sujetos. Las variantes oscilarán desde las presiones externas -- cuyos personajes serían aquellos para quienes la farmacodependencia les hace signo -- hasta la diversificación de -- demandas que hacen los sujetos para quienes la farmacodependencia es un síntoma.

Es importante detenerse a reflexionar en este punto.

Suele confundirse la farmacodependencia como síntoma con -- que la farmacodependencia sea sintomática para el sujeto.

Si bien en renglones atrás se decía:

- a) que la farmacodependencia puede ser considerada como un síntoma psicoanalítico,
- b) en tanto síntoma la farmacodependencia está estructurada por tres registros: el simbólico, imaginario y real,
- c) la farmacodependencia como cualquier otro síntoma, se -- consabida psicoanalíticamente hablando, con la incorporación del significante de la transferencia.

Cabe insistir, que es dentro del discurso lacaniano.

Es probable que cuando a un psicoterapeuta le sea presenta da una persona con problema de drogas, considere que su -- farmacodependencia es el síntoma. Esto es muy frecuente -- que ocurra porque hasta la fecha se ha hecho uso del dis-- curso médico para definir algunos fenómenos subjetivos y -- la farmacodependencia no ha sido la excepción.

tan es así, que en la definición de la farmacodependencia que avala la Organización Mundial de la Salud dice que es el resultado de la interacción "... entre un organismo vi-- vo y un fármaco..." en donde el bién con organismos vivos se comprende a las reacciones físicas y psíquicas del indi-- viduo, se hace desde una perspectiva útil para el queha-- cer médico y psicológico funcional.

Para el discurso psicoanalítico que pretende dar cuenta de la subjetivación del sujeto, es susceptible observar en -- este recorte que define a la farmacodependencia que:

- a) Al decir "organismo vivo" se privilegia el aspecto bio-- lógico del individuo en detrimento de su carácter de -- hablante, citada en páginas anteriores.
- b) Cuando se habla de la interacción entre el organismo -- vivo y el fármaco o droga para que se pueda producir -- la farmacodependencia, se habla de un hecho circunstanc-- cial, cuando hay toda una historia que le antecede. Se coincide en la lectura fenomenológica hecha por este or-- ganismo oficial, pero no como un diagnóstico que sirva de base para un tratamiento no médico.
- c) Continuando con el resto de la definición "... que se -- caracteriza por modificaciones de la conducta y otras

reacciones que siempre comprenden un impulso que lleva a tomar el fármaco de cada contenido a periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios fármacos o drogas" (3)

Se observa aquí que la droga es concebida como un objeto sustancial que, gracias a sus propiedades farmacodinámicas tendría el poder de "hacer" un toxicómano.

De estos tres señalamientos se desprende la necesidad de reconocer la coexistencia de diferentes disciplinas pero también la singularidad de cada uno de sus discursos y evitar posicionamientos clínicos confusos.

Esto hace pertinente, la mención del otro extremo; la psicologización de la práctica clínica.

Se llega a incurrir en por lo menos dos equívocos en cuanto a la concepción de la farmacodependencia como sintomática para el individuo:

a) Se le asocia a un concepto sui generis de "conciencia de enfermedad" en donde la persona se tiene que declarar consciente y convicta de su adicción para determinar el grado de claridad que ésta tiene sobre su problemática. Esto por supuesto sienta precedentes para los planes terapéuticos basados en la correlación de la conciencia de enfermedad y el pronóstico.

b) Suele confundirse con la demanda de tratamiento. La persona puede tener un patrón de consumo perfectamente definido pero no considerarlo como problemático, en cambio puede expresar como conflictiva otra área de su vida. Luego entonces, ¿por qué no atenderlo? ¿por qué

no partir de los síntomas asociables a la farmacodependencia?

En igualdad de circunstancias se encuentran aquellos -- que aún sin ser farmacodependientes por ahora, dadas -- sus características subjetivas sueltas a su contexto -- social, no tardarían en serlo ¿por qué esperar a que esto ocurra? ... En más de algún caso pudiera ser interpretado por parte del consultante, como una condición -- para poder ser atendido.

d) Los niños en catacumba: una verdad de Amílcar Salazar. Además de darnos a conocer la existencia concreta de los -- inhaladores callejeros, el autor de la nota nos está ofreciendo su lectura de este fenómeno social.

Es de llamar la atención que aquellos seres que han sido -- marginados de los beneficios sociales y desechados del sig tema económico político imperante, sean rescatados con una conciencia política tal, que parecieran estar claros en la -- fuerza social que representan y sabedores de ello, cobran una cantidad económica por transmitir su saber.

A manera de repaso de los conceptos revisados, los niños -- en catacumba aparecen como sujetos del enunciado, y en su nombre son hablados, por un otro que es el verdadero enunctor, ¿quién es el sujeto de la enunciación.

Como ejercicio teórico, los niños en catacumba, podrían -- ser situados dentro del estatuto del objeto a en su doble vertiente: primero, en tanto ocupan el lugar de deseado -- de una organización social y segundo, porque ocupan el sitio del objeto causa del deseo de este autor. Este es -- ¿quién tiene el saber de estos niños y les pone un valor, un precio que por demás le parece justo y está dispuesto a pa

gar.

Pero el circuito no termina ahí, ese saber que ahora ha sido cosificado y que el autor cree poseer, lo expone como un objeto de su propiedad por el que es necesario pagar -- para tener acceso.

Imaginaría o no la situación del pago, rescata a unos minutos del anonimato de la cotidianidad y le da existencia -- a un reportero al convertirlo en portador de una noticia -- sensacionalista.

De esta nota periodística puede ser leído entre líneas una verdad, y es que existir como periodista, tampoco es tarea fácil.

IX. APUNTES SOBRE PSICOTERAPIA Y PSICOANÁLISIS LACANIANO

Otro de los recorridos teóricos planteados en esta tesis, es hacer una breve distinción entre la psicoterapia con -- orientación analítica y el psicoanálisis.

La premisa de la que se parte es que para el profesional - que trabaja con individuos con problemas de farmacodepen-- dencia, no se trata únicamente de simpatizar con una o más teorías sino que la afiliación conceptual que asume, lo de fine totalmente en su quehacer clínico, aún cuando su trabajo está abanderado con el eclecticismo.

Uno de los puntos a comentar es el relativo al deseo del - analista, no cualquier analista, sino el analista en tanto encarnación de un lugar y cuya presencia inaugure el trabajo analítico.

Se venía señalando la caracterización de un síntoma, la -- farmacodependencia como posible síntoma y la necesaria as-- sistencia del significante de la transferencia para la con solidación del síntoma psicoanalítico en cuanto tal.

Pues bien, en el momento en que el sujeto coloca en un --- Otro lugar el saber que a él le hace falta, es porque ese lugar en él ya ha tomado un nombre, en nuestro caso: Psi-- coanálisis. Así en un inicio la demanda será de saber --- -lo que a él le pasa- y la transferencia será con el psi-- coanálisis.

Se entiende ahora por qué puede ser un analista cualquiera el que ocupe ese lugar al que ha sido llamado. Se insiste en cualquiera en tanto no está ahí como persona con sus --

características propias, sino está convocado para investigar un lugar y cubrir las funciones que a partir de ahí le son conferidas.

En este primer momento se pone en juego el aspecto imaginario de la transferencia. El analista es ubicado como el gran Otro, (A), en tanto es el que sabe más, el que más publicaciones tiene, el que más conferencias dicta, el que mejor entiendo lo que a él le pasa y en consecuencia el que lo puede ayudar. Estos atributos que pueden ser ciertos o no, instalan al analista en el lugar del ideal del yo y lo convierten en espejo. El analizante mira a su analista.

Ahora bien, que este poder imaginario de la transferencia sea sólo imaginario es lo que viene a garantizar la función que cumple en el dispositivo de la cura, el deseo del analista. El analista ejercerá el deseo de no identificarse con el otro quién el analizante supone que es. Esto permitirá al analista no extraviarse en las redes amorosas de la transferencia y conducir la cura de modo que la transferencia abandone la persona del analista. (8)

En otro ángulo del deseo del analista, habrá un deseo de no dominio, si bien será colocado en el lugar del saber, no olvidará que sólo es supuesto, supuesto en tanto que a ese saber se le supone un sujeto, que en esta experiencia es él y su puesto es tanto función que organiza ese dispositivo analítico vía la transferencia, que él va a poner a trabajar.

Asimismo este deseo de no dominio descarta la posibilidad de que el analista se instituya como un maestro que va a desplegar su saber ante el analizante sino que su saber será de otro índole.

La promesa en la que el analista sustentará su trabajo, - será que el saber está del lado del sujeto, un saber inconsciente que el sujeto desconoce y por lo tanto cree igno--- rar.

El analista sabrá que para sostener ese lugar como analiza- ta, será necesario responder a las dificultades que el su- jeto encuentre para hablar de lo que le ocurre porque como se ha venido señalando, la entrada en análisis frecuentemente es producto de una conexión en la rutina cotidiana del sujeto: un mal viaje³, una detención policíaca, la muev- te por sobredosis de algún conocido, eventos que pueden -- significar un encuentro con lo real, como aquellos que hace un corte en la estructura del sujeto. Que el analista - hable de ese quec que hasta ahora venía experimentando, no suele ser fácil.

Asimismo el analista también sabrá que otra de sus funcio- nes es hacer las veces de semblante del Otro y del objeto a. Si bien se decía en un principio que el analista no va a identificarse con el otro, aquí quién su analista su- pone que es, no lapide que como estrategia pretenda serlo - para deslizarse después a ocupar el lugar del objeto a.

Es necesario recordar que el objeto a, representa a la fal- ta en ser del lado del significante, pero en cuanto tal -- está fuera del orden simbólico, es decir, que las palabras sólo logran bordear lo real de la falta, caminar alrededor del agujero, pero nunca consiguen cubrir con su materiali- dad significante la ausencia de ese objeto míticamente per- dido.

Así cuando el analista hace semblante del objeto a, lo ha- ce desde una doble vertiente: 1) en un inicio será el obje- to causa del deseo del analista, gracias a la presencia

del analista y su deseo, es que el analizante produzca la verdad. Se dice que el sujeto devendrá analizante porque el Otro, el analista, le demanda que desee ... inscribiéndose en el circuito de ¿qué se quiere el Otro? (¿che - voui?), 2) Posteriormente el analista será destituido, será expulsado por el analizante y caerá como un desecho.

Se observa así que a diferencia de la Psicoterapia con orientación analítica, ni al inicio ni al final del trabajo clínico realizado, se pretende un fortalecimiento del analista como ideal buscando una identificación a él, sino que el psicoanalista apunta a la asunción en el sujeto de su propia deseo, tanto en su origen que es la falta, como en su implicación, que son los diferentes lazos establecidos por él, en su intento por satisfacer esa falta.

Otro punto a correlacionar es el contexto.

La psicoterapia es susceptible de ser realizada en un contexto institucional, el cual supone la disposición de un marco que define un campo de utilización de acuerdo con cierta organización y cierto programa.

En el marco institucional para la atención de la farmacodependencia, suele ser normalizado el flujoograma que seguirá el paciente en su paso por el instituto de rehabilitación. Puede proponerse que:

- a) La persona para ser admitida en tratamiento reconozca - ser farmacodependiente y necesitar ayuda
- b) El psicoterapeuta haga una serie de entrevistas para definir un diagnóstico y establezca un plan de tratamiento.
- c) Pasado cierto tiempo, estipulado con anterioridad por -

la institución, proceda a evaluar y dar de alta al paciente. En caso de ser necesario podrá establecer un recontrato de trabajo.

Leído rápidamente podría ser deseable esta homogeneidad -- formal en toda posible atención clínica a un farmacodependiente. Sin embargo existen diferencias sustanciales, que definen que sea una orientación y no alguna otra la que ha ce este planteamiento.

Un elemento que inmediatamente se hace visible, es la cercanía de este lenguaje con el de la medicina. Así es posible encontrar conceptos como: paciente, diagnóstico, tratamiento, alta, que manifiestan la concepción de esta práctica clínica como una terapéutica y en consecuencia la posibilidad de eliminar los síntomas, como principal objetivo.

Se explica así la comunión de una institución creada para rehabilitar farmacodependientes y una psicoterapia para el causar esos fines. La alternativa se ve concretada en la Psicoterapia Breve con objetivos y tiempo limitados, en -- tanto permitirle en términos administrativos atender a una población mayor y con resultados a corto plazo. Dentro de este discurso institucional se contempla también, que una vez erradicada la farmacodependencia habría otras instituciones que podrían atender la solicitud de un exfarmacodependiente en caso de ocurrir una recupción en otra problemática.

Si para esta perspectiva institucional el cernidor lo constituyen la eliminación sintomática a corto plazo y la correctura poblacional, es evidente que el método de elección sea el psicoterapéutico y no el psicoanalítico.

Por lo tanto, también habrá diferencias en el inicio del

tratamiento señalado por la psicoterapia, con la entrada - en análisis, propuesta por la teoría psicoanalítica.

En psicoterapia institucional para la atención de la farmacoddependencia, las entrevistas diagnósticas tienen como -- objetivo focalizar el síntoma farmacoddependencia, historiar al farmacoddependiente y su familia y concluir en un -- plan de tratamiento.

El psicoanálisis en cambio, no es una terapéutica que persiga identificar síntomas definidos con anterioridad y a -- partir de ellos planificar el tratamiento.

El analista durante las entrevistas preliminares trabajará en la consolidación de la transferencia, entendida como la triangulación hecha por el sujeto supuesto saber entre la relación analista - analizante. Proceso que se efectúa -- con una doble operación: la supresión de un saber y la ignputación de un sujeto a ese saber. La emergencia del subjeto supuesto saber permite al analista ser colocado en el - lugar del Otro a quien el analizante dirige su pregunta. - Es así, como el síntoma es tomado en la transferencia, en tanto es una pregunta del sujeto que está dirigida al - -- Otro.

El tiempo de las "entrevistas preliminares" puede entonces caracterizarse como tiempo de la localización, o de la producción, del significante de la transferencia, representación del sujeto dirigida al Otro. En la medida en que el - síntoma es tomado en la transferencia como pregunta del sujeto dirigida al Otro se está sorteando el umbral para iniciar el análisis propiamente dicho.

Es claro entonces, que quién inicia este circuito es el -- analizante al dirigir a un Otro su pregunta, pero es nece-

serio que haya alguien que dé un soporte a esta operación de suposición; el analista.

En este aparente encuentro se marca una paradoja, ya que - el bien es un momento necesario para poner en marcha el -- análisis, requiere un deslucimiento del analista al lugar del objeto a. Se sabe que si el analista permaneciera enclaustrado en el lugar del Otro, no producirá más que repeticiones del inconciente cerrando la posibilidad de una -- confrontación del sujeto con lo real de su síntoma. En -- este sentido, si el analista respondiera a esta transferencia, el vínculo que el analizante ha establecido con él, -- sería una edición más de las ya existentes en el sujeto, -- impidiendo que sea a través de esa relación transferen----- cial, que el sujeto pudiera evocar la falta en ser que opo -- se como causa de su deseo.

Grueso modo se puede sintetizar que mientras en las entreevistas diagnósticas de la psicoterapia se privilegia el -- síntoma y su historicidad, en las entrevistas preliminares psicoanalíticas la prerrogativa es el establecimiento de -- la transferencia.

El contrato terapéutico puede ser otro punto de compars----- ción.

Si la noción de contrato implica traer la particularidad -- del caso a la generalidad del encuadre; por el contrario -- el algoritmo de la transferencia implica traer la generali -- dad del encuadre y de la demanda, a la particularidad del -- sujeto.

Se observa así que en la psicoterapia breve de objetivos -- y tiempo limitados se pretende que a partir de la focali -- zación del síntoma y previa correlación de los recursos --

y limitaciones psicosociales en el individuo, se puede establecer un plan de trabajo. Esta planificación terapéutica implica una definición precisa del objetivo a ser alcanzado y el tiempo y frecuencia estimado para ello. Así se podrá estipular un contrato terapéutico en los siguientes términos:

- 1.- Disminuir la frecuencia en el patrón de consumo o en el número de drogas utilizadas.
- 2.- Mejorar sus relaciones familiares.
- 3.- Propiciar el establecimiento de vínculos sociales sin que esté de por medio la droga.
- 4.- Promover su incorporación al sistema educativo o productivo según sea el caso.
- 5.- Canalizar adecuadamente la agresión a fin de no irrumir en conductas auto o heteroagresivas, etc.

De manera tal, que tanto el decir del sujeto como las intervenciones del terapeuta, irían encaminadas al esclarecimiento de los obstáculos que impiden la consecución de estos objetivos. Hay un punto de partida y un punto de llegada a lo largo de un continuum.

El contrato analítico, señala también para el psicoanálisis, el encuadre, pero no como una linealidad sino como un dispositivo que permite la experiencia analítica.

Así por ejemplo se parte de:

- la asimetría entre el analista y el analizante. Cada uno tiene su lugar y no hay posibilidad de intercambio; ni de lugar ni de complementariedad. No son 2 individuos trabajando paralelamente para alcanzar una misma tarea. En psicoanálisis cada uno hará lo que pueda para sostener su lugar.

- El analista actuará para establecer un vínculo entre lo que está fuera del lenguaje y el significante mismo. A través del saber como mediatizador podrá producirse una significación de eso que para el sujeto ha hecho sintoma y cuyo interrogante la dirige a un Otro.

El analista sometido a la regla de la asociación libre tratará de cumplir con la consigna diciendo todo -- aquello que cruce por su mente. Sin embargo, pese a su buena intención de decirlo todo, se encontrará que algo que quería decir no fue dicho y que en su lugar dijo otra cosa; quizá también, habrá más de una vez que -- hablará para decir nada, formando parte de ese recorrido en que la nada quiere ser aprehendida -- en donde la -- repetición insiste, con la impresión de una escritura -- en círculo para avanzar al acaso sólo un paso.

- En el transcurso de la experiencia analítica más que -- trabajar en la solidificación de un ideal del yo, se -- pretendería una desidentificación radical sólo cuando -- justamente estas identificaciones tienen una función de soporte de la ilusión de ser y de armonía con el mundo. La finalidad sería develar eso que se encuentra oculto tras ese aparente bienestar y que en realidad no es más que un espejismo.

- No sólo el tiempo de duración del psicoanálisis es variable, sino que también en algunas prácticas lacanianas, el tiempo de duración de cada una de las sesiones no está determinado de antemano. Lo que fue el precursor de la escisión de las sesiones bajo la premisa de que ese corte en el tiempo, es una puntualización que se -- hace en el decir del sujeto y que lo viene a significar retroactivamente. Así la detención de la sesión a modo

de interpretación equivaldrá a subrayar un elemento importante de lo que en ese momento ha dicho el sujeto -- y que de proseguir la sesión para respetar su cronometría, implicaría anular o diluir las consecuencias de -- ese decir. Cabe señalar que no hay por qué confundir -- el tiempo escandido con la sistematización de las sesiones cortas. En esta modalidad también se incluye la -- posibilidad de que las sesiones se extiendan más tiempo del que en otra orientación teórica, podría ser considerado como el reglamentario. (7)

La dicotomía objeto-droga contra sujeto que la utiliza se constituye como paragn entre la psicoterapia breve con orientación analítica y el psicoanálisis. En el marco referencial de la psicoterapia se privilegia la droga como objeto de estudio.

Una de las premisas fundamentales es que la farmacodependencia es producto de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga. La consecuencia que -- de aquí se extrae es que para eliminar a la farmacodependencia es necesario quitar al farmacodependiente su fármaco que lo constituye como tal: un dependiente, en tanto organismo.

En este sentido, la droga adquiere el estatuto de gestor de farmacodependientes, ella es quien crea la dependencia quedando el individuo soslayado a una posición -- pasiva, en donde pareciera ser que sólo fue arrastrado por la atracción psicotrópica de la sustancia.

Dentro de un modelo institucional, la atención clínica surge a partir del consumo de drogas, que es el momento en que la persona se hace farmacodependiente. Antes de este acto, no existía para este discurso y en consecuen

cis no era susceptible de ayuda psicoterapéutica.

En este ámbito es tal el peso del significativo farmacodependiente, que no sólo determinará su ingreso a la psicoterapia sino también su trayectoria y su terminación.

En un contexto estrictamente institucional pasa a ser representado por un número estadístico que hablará de su incidencia, prevalencia, e incluso abandono del fármaco en términos de grados de adicción, incluyendo por supuesto, a la categoría ex-farmacodependiente.

Con esto se quiere señalar que el diagnóstico inicial será propuesto en función del patrón de consumo y que al terminar el tratamiento se hará una comparación con éste.

Lo así, que si bien serán trabajadas otras problemáticas - en el sujeto, éste se hará en función del vínculo con el síntoma de la farmacodependencia. Así por ejemplo, se podrá analizar su relación de pareja, siempre y cuando sea convergente con el objetivo terapéutico propuesto.

En psicoanálisis en tanto que su atención no es focalizada a los síntomas, está abierta a todo aquel que lo solicite, sin que esto implique su aceptación automática.

Como ya se ha señalado, esa solicitud, revestida de una demanda de saber, conlleva un deseo implícito.

Si el deseo, es definido como el deseo del deseo del otro, el analizando deseará un saber que supone que el Otro tiene pero también deseará ser el objeto de deseo de su analista, por lo que vía la transferencia será dúctil en el análisis para pretender ser amado por él.

En este sentido, el analista que como ya se dijo sólo será el relevo en esa repetición de demandas, sostendrá de acuerdo a su estilo propio ese lugar, en caso de haberse comprometido a conducir la experiencia.

Así, independientemente de la variedad de síntomas, en este caso de la farmacodependencia, el acento es puesto en la subjetivación del sujeto, es decir, en su ubicación frente a la falta en ser que lo constituya como sujeto de-sente.

Será el sujeto mismo quién a partir de su decir, construya el vínculo que con la droga ha establecido.

Desde esta subjetivación es posible hablar de posiciones neuróticas, psicóticas y perversas. Los síntomas independientemente de la estructura base del sujeto, podrán revestirse de alguna de estas categorías, sin que por ello se haya efectuado un cambio en su subjetivación. Así se tiene que un sujeto que ha sido definido como obsesivo en el momento en que efectúa un "mal viaje" y presenta algunas características psicóticas, no se dice que ahora es psicótico en el sentido de que ha dejado de ser obsesivo sino que una vez pasada la intoxicación es posible articular este episodio psicótico a la lógica interna propia del sujeto.

El sujeto se define a partir del lugar que va ocupando en su decir y actuar. Este ser y existir del sujeto es el que permite que posteriormente se le asigne un nombre y no a la inversa.

Si se trata de escuchar al individuo con problemas de farmacodependencia que refiere necesitar la droga para poder existir, a grado tal, que dice que sin la droga no puede -

vivir, se percibe de inicio una paradoja. Curiosamente aquello que necesita para vivir, lo-lleva-lento-y-en-algunos-casos-rápidamente-a la muerte biológica.

Esta muerte, inmediatamente hace recordar a aquella acción de límite propuesto por Lacan, en donde la vida es equiparada a una sustancia que devora todo lo que encuentra -- a su paso constituyéndose la muerte, como aquello capaz de ponerle un fin.

Esta función de límite variará de acuerdo a cada estructura subjetiva, en donde el farmacodependiente existe solo -- por su vínculo con la droga, la muerte para él en un cierto sentido, no significaría un límite sino un borde. Un -- borde sobre el que podría desplazarse y estar de un otro -- lado indiferenciado. Un paso necesario que le permitiría en teoría, alcanzar totalmente y confundirse a ese objeto -- que tiene idealizado.

Aquí, es necesario detenerse un poco.

Si se pone el acento en el acto mismo de drogarse y se conjugan los conceptos hasta ahora reseñados, se podrá leer -- en este recorrido que el sujeto hace con la droga:

- a) Que el sujeto está constituido a partir de una falta -- que lo inserta en el circuito del deseo; porque algo -- falta, es que el sujeto es y desea.
- b) Esa falta que no es ubicable, que es la falta en ser ig nerente a todo sujeto, al sujeto con problemas de farmacodependencia cree poder identificarla y poder colmarla a través de la droga. De tal manera que el sujeto, lo único que desea es la droga.

c) La droga adquiere así el estatuto de objeto *a*, en tanto se acrede como la única cosa capaz de mantener al sujeto en la órbita del deseo, convirtiéndose incluso, en - motivo causa de la existencia del sujeto.

d) En el constante ir y venir del sujeto a la droga se produce vínculos propios a la subjetivación de cada sujeto; por eso se dice que es el sujeto y no la droga la que crea la dependencia.

e) La dependencia puede ser escuchada a través de la compulsión de la repetición, es decir, de la repetición de que para la pulsión en cuanto tal, no existe un objeto capaz de satisfacerla, sin que por ello deje de buscarse.

Así, en la insistencia de experimentar el placer que la droga produce, repitiendo la dosis o incrementándola, - acortando el tiempo entre una ingesta y otra o recurriendo a drogas más potentes, puede significar un disfrute que está más allá del placer proporcionado por la droga misma.

f) El principio de placer, entendido como aquel que protege al retorno a la fusión con la cosa, a través del eterno alucinatorio, permitiría suponer al sujeto que ese placer que la droga le proporciona, es lo único que vale la pena ser vivido, por lo tanto está justificado para el sujeto querer prolongarlo, aunque esto conlleva - a la muerte.

La muerte, como sujeto del deseo, implicaría que en la medida en que ya se tiene lo que se buscaba, ya no se desea más. Y la muerte biológica como sucedánea inherente a la sobrevivencia del cuerpo.

Es en este sentido que se señalaba que la muerte, en -- ocasiones hace las veces de borde, en donde la muerte -

no vendría a ponerle un fin a ese goce sino que es llevada al extremo de confirmar la unión del sujeto con la cosa.

Es cierto que también existen otras estructuras psíquicas, en las que un encuentro con la muerte podría recordarle al sujeto, su finitud y significar el principio de un fin o de un repliegue, en los circuitos trazados en relación a la droga y ser configurada esa búsqueda en relación a otro circuito.

En esta multiplicidad de significantes que evoca el acto de drogarse, se puede encontrar otra cadena de significación a partir de la necesidad que el sujeto siente por la droga para poder existir.

g) Si la expresión se toma al pie de la letra, puede concluirse que el individuo existe a partir de que es farmacodependiente, lo que es más, así se le define y así quiere ser reconocido. Pareciendo que es su conducta farmacodependiente lo que le permite existir.

Si se invierte la propuesta podría pensarse que si el sujeto no se droga, no existe, no es reconocido por el Otro, no ocupa un lugar en el Otro.

Desde esta perspectiva, es que la farmacodependencia al quiere otra dimensión, se convierte en un llamado al Otro, en un demandarle al Otro atención, afecto, cuidado, preocupación. Y dependerá de la forma en que el sujeto continúa inscribiéndose en esas demandas que le haga el Otro, que este acto de drogarse será estirado o reforzado.

Pareciera coexistir con este hecho de demandarle al ---

Otro vía la drogadicción, un temor a no existir en el Otro. Un temor que el sujeto experimenta cada vez que el deseo que espera que el Otro deposita en él, el sujeto se desvaneca, y por extraño que parezca ese temor -- le resguarda sobre su deseo.

A riesgo de ser simplistas podría hacerse el siguiente encadenamiento. El acto de drogarse puede ser un llenado al deseo del Otro, pero también una barrera para que ese deseo que es el del sujeto, se vea satisfecho. Así una vez drogado podrá asumir todas aquellas facetas que lo alejen de una posible satisfacción. Así podrá mostrarse agresivo con una experiencia repulsiva que propiciará el distanciamiento del Otro y con ello una insatisfacción más. Esto servirá de plataformas para relanzar el deseo de existir en el Otro, pero que sólo podrá hacerlo de una manera disfrazada.

- b) Otra variante de subjetivación, pareciera ser dada por aquellos sujetos que dicen querer vivir pero no encontrar placer en hacerlo. Las sensaciones que el cuerpo produce, les parecen muy pobres; se muestran indiferentes a los placeres mundanos, y sólo a través de la droga es que pareciera existir un vínculo con el exterior. En este tipo de personas pareciera haberse agotado el deseo, el único quiebre posible parece ser la droga y es también el único nexo que el terapeuta tendría para relacionarse con él. No para sucumbir ante su seducción y drogarse juntos, o para justificar que exista -- drogado, sino para que desde todo lo imaginario que pudiera existir en el individuo en relación a la droga, permitiera rescatar a aquel sujeto que está extraviado en esa serie de impéncia, confusas, sensaciones, que van de una a otra, pero que es justo en ese pasaje, que el sujeto pueda ser diferenciado.

Me aquí el quehacer del analista. Este podría como sustituto del objeto a, ser el soporte en la reproducción de este recorrido hecho incesantemente por el sujeto -- para alcanzar con objeto a. Esta reproducción implica no sólo su repetición, sino también la posibilidad de producir un nuevo recorrido.

Sin embargo, pedir un desplazamiento de la dependencia que el farmacodependiente tiene a la droga, a una dependencia de la institución o del terapeuta, puede significar que en un segundo momento aparezca prematuramente -- la otra vertiente del objeto a. Es decir, el terapeuta vía la transferencia le demanda al sujeto que abandone la droga, pero éste como todo enamorado exigirá más y -- más amor, demandándole actos de amor que el terapeuta -- no puede darle, que en distintas instancias realice a ese -- objeto a que el terapeuta tampoco tiene. El riesgo es que una vez pasado el enamoramiento, se produzca un desencanto, que puede traer consigo la exacerbación del -- síntoma en igual o mayor escala, evidenciándose de esta experiencia, lo ilusorio de los efectos terapéuticos asentados en la fragilidad de un espejismo.

V. EL ADICTO Y SU LENGUAJE

Si el título de este capítulo es leído en su sentido estrictamente literal, se estará poniendo en juego la noción de que existe una relación biunívoca entre significado-significado, es decir, se partirá de la premisa de que los grammas adicto y lenguaje tienen una significación que les antecede o que está contenida en ellos.

En este apartado además de desarrollar lo que el título dice al pie de la letra "El adicto y su lenguaje", se hará énfasis en el deslizamiento significativo y en los efectos que produce. Así en una lectura literal de otro discurso podría resultar una paradoja si se divide en dos la palabra adicto y se lee "El a-dicto (sin dicción) y su lenguaje".

En su sentido original el término "adicto" del latín *ad-dictus* indicaba la existencia de un vínculo legal que obligaba a una persona a obedecer a otra. En el Derecho Romano la "adición" participaba así, de algunos elementos comunes a la esclavitud: el "adicto" estaba obligado a servir a su jefe o amo; debía dedicarse por entero a su servicio.

Este sentido de esclavitud o devoción a una causa o porag na llevó a algunos autores del siglo XVI a advertir que muy a menudo se daba una relación similar entre una porag na y el alcohol y otros hábitos dañinos. El dedicarse a una cierta práctica, el no poder abandonarla, el tener que practicarla habitualmente, se convirtió en un nuevo sentido para el término "adicto". De esta manera se fue considerando el "adicto" como un esclavo de sus propios hábitos.

Es a partir de esta definición, que aún hoy en día es posible percibir el énfasis puesto al sometimiento del sujeto en favor de la droga, cuando se intenta determinar el vínculo que los une. Tal es el caso de "toxicómano" o -- "farmacodependiente" que son los otros dos términos con los que se ha definido al usuario de drogas, en los que persiste la referencia al hábito y a la dependencia que se ha generado en el individuo a partir del consumo.

Se decía en páginas anteriores que la droga es colocada, por sus principios psicotrópicos inherentes, como la que propicia el acto mismo de drogarse. Esto puede ser detectado en el siguiente relato.

"... durante una estadía en ... conocí a una amiga ... -- con ella tomé mi primer ácido un día sin saber de qué se trataba ... Mónica me tendió un paquetito violeta ... -- ella también tomó ... subió enseguida, muy rápido, era un buen ácido ... verdaderamente tuve la impresión como si -- hasta ese momento hubiera vivido en un caperazón ... el ácido abrió realmente el campo de la conciencia ... después nos tomamos otro, esto duró 8 a 10 horas más y bajó cuando el ácido empezó a bajar, podíamos empezar a discutir la experiencia de las percepciones que habíamos tenido... el descubrimiento de algunas facultades de los sentidos de la percepción..." (E)

Este fragmento permite señalar que no es únicamente el discurso científico el que privilegia la droga sino que existe una similitud del discurso del farmacodependiente con el discurso médico. En ambos se indica que la causa esencial de la farmacodependencia son las propiedades -- farmacológicas de la sustancia.

Se observa así, como el discurso del farmacodependiente --

coincide totalmente con la definición médica de la farmacodependencia, al decir que la actividad corresponde a la droga; la pasividad, al sujeto:

- el ácido sube
- el ácido abre la conciencia
- el ácido baja

El individuo mismo como sujeto del inconciente, aparece como desposeído de su acto, y el lazo que lo une a la droga está totalmente biologicizado.

Seguendo con el discurso del farmacodependiente se dirá que a decir de A. Bouffreau y colaboradores en su artículo "Toxicomanías que no son alcoholismo" que apareció en la Encyclopedie Medicochirurgicale, que el vocabulario de los adictos es un léxico constituido aproximadamente por 400 palabras.

En México, se han hecho indagaciones similares, en las que se han encontrado también nombres sui generis para nombrar a la sustancia en cuestión, el usuario, el contagio, a la preparación o los efectos, etc., que dado el número de palabras en juego, la combinatoria que estas permiten y la diversidad de los sentidos que genera, podría adquirir, en una primera aproximación, el estatuto de lingua.

Con esto se quiere señalar también, que en el submundo de la droga una persona "no es farmacodependiente de verdad" si no habla la lengua que los otros han hecho propia. El acto de drogarse no basta para ser reconocido y aceptado en un grupo de adictos. Para ello habrá que compartir una concepción del mundo, una ideología y un vocabulario preciso. Dicho de otro modo no se compar-

te un "viaje" con alguien que pueda cometer la imprudencia de "sacarlos de onda" y hacerles ver la realidad que les es inquietante. Al parecer esa realidad que inquieta es negada a través de imágenes alucinatorias, sensaciones paradisíacas, discursos sectarios, que imponen una realidad sobre otra.

Al analizar el habla de los toxicómanos se han detectado ciertas similitudes con el argot utilizado en el medio delictivo por lo que se hará un paralelismo entre ambas.

En un artículo que la Encyclopedía Universalis dedica al concepto de argot, dice que "la lengua especial del tiempo, o más precisamente en sus orígenes, la de los pícaros o mendigos profesionales, la de los ladrones, trapezos y estafadores de toda clase".

El argot, es la lengua de una cofradía secreta. En sus inicios los mendigos y ladrones estaban agrupados en bandas y organizados de acuerdo con el modelo de las antiguas corporaciones, con sus jerarquías, sus ceremonias, sus normas y la lengua propia de toda actividad especializada.

En relación con tales orígenes, entran 3 elementos en la constitución de esta lengua:

- a) Un vocabulario técnico, que expresa nociones y actividades propias del mundo del robo, de la prostitución, la estafa y la mendicidad profesional.
- b) Un conjunto de procedimientos de formación del léxico que permite codificar las palabras para crear un código secreto.

- c) Por último, estas palabras técnicas, bajo su codificación, sobreviven a su función y constituyen un sistema comunicacional cerrado, fuertemente diferenciado, a través del cual quien lo emplea y sus seguidores se reconocen y afirman su pertenencia al "medio" o grupo, - con sus aspiraciones y su moral. (9)

Correlacionando el argot con la lengua de los farmacodependientes, se observa que estos 3 elementos que forman parte de la constitución del argot se encuentran presentes

- a) Existe un vocabulario técnico: la actividad es la farmacodependencia y en torno a ella se construyen nuevos términos.

Marijuana: moto, "la verde", "mari", "taque", etc. - - (ver anexo).

- b) La función del lenguaje de los farmacodependientes como medio de afirmar la pertenencia a un grupo.

Es ya sabido que aquellos que se marginan de la sociedad inventan un nuevo lenguaje que identifique y defina su posición de enfrentamiento. Y es en la creación de éste que reside la sobrevivencia de la nueva comunidad.

Las personas y las cosas son designadas con otros nombres, con la pretensión de establecer relaciones distintas. Este lenguaje cerrado, será el modo de vida, en torno al cual se agruparán otros como él.

Los primeros que se aventuran a este otro mundo, tienen que desprenderse de todo lo que los identifique con la sociedad que los expulsó y adoptar otras formas de lenguaje.

Dentro de este ámbito, el uso y el abuso de la droga -- también requiere de una peculiaridad. Es un comporta-

miento ritual que celebran aquellos que la consumen. Un rito que requiere un lenguaje ceremonial de identificación entre los iniciados, que les da existencia y consistencia como grupo a través de la fascinación de compartir un hábito prohibido.

La clandestinidad propia de este círculo impone que este lenguaje tenga que cerrarse sobre sí mismo para evitar ser entendidos por quienes son ajenos. Lo que permite situar el siguiente punto. (10)

- c) Comunicarse entre sí, sin que los detentadores de la ley los entiendan. Pero en este punto existe en ciertos farmacodependientes una ganancia más. Es decir, que además de que el argot, servirá para identificarse como farmacodependiente y encubrir un secreto, simultáneamente servirá para mostrar un exceso de sentido. De tal manera que si las palabras del farmacodependiente van a engañar al otro - y a él mismo - no es tanto por lo que pueden ocultar de su significación sino por el contrario porque dan a entender algo que no existe, insisten a ver donde no hay nada que ver. Su función es evocar la existencia de un mundo de goce sin palabras fuera de toda simbolización, en el territorio imaginario de la alucinación, fuera de los límites del cuerpo.

Desde esta perspectiva se puede comprender la función iniciática de la droga. No es finalidad en sí misma, sino un medio que da acceso al "conocimiento salvador", a ese mundo más allá de los límites del yo y del cuerpo. El "viaje" del que hablan algunos farmacodependientes atestigua esta búsqueda de la revelación misma y el flash, ese momento supremo en que el sujeto se confunde con el objeto mismo.

Un farmacodependiente puede en su intento de crear el mun-

do imaginario de la alucinación asumir una actitud que podría calificarse de militante, en el sentido de que no dejará escapar ninguna ocasión para denigrar lo que define como "el mundo de ustedes" o "la podrida sociedad que ustedes forsan". Y ciertamente no concibe este mundo y esta sociedad como suyas, dado que se concibe a sí mismo como un mutante de una especie nueva y superior.

Sin embargo esta degradación demasiado sistemática de "la sociedad podrida" resulta sorprendente, ya que además de ser un cuestionamiento, encierra una paradoja: se niega a reconocer esta realidad (ley) y al mismo tiempo no hace si no reconocerla demasiado, hasta el punto de que en su actitud vigilante no apartará de ella su mirada.

Igual de paradójico es, cuando alguien por su consumo de sustancias ilícitas se considera a sí mismo, que actúa fuera de la ley, pero con su decir no hace más que confirmar la existencia de ella.

Tan es cierto que por su farmacodependencia y en función a una ley, su proceder es ilegal. Es sabido por todos, -- que nadie puede decirse desconocedor de la ley. Tan es -- así, que cuando se comete una infracción, el desconocimiento no existe, de las repercusiones a que hay lugar.

Es conveniente que al hablar del farmacodependiente en relación a la ley, se eviten las generalizaciones infructuosas. Se parte de la premisa de que si bien existen mecanismos que les son comunes a cada una de las estructuras clínicas, también hay características particulares propias de cada farmacodependiente.

Marcelo tiene 25 años y ha estado internado varias veces. Al leer su historial se detectan características psicopáticas y una especial tendencia a transitar por estados pre-

fundamente confusionales, que podrían sugerir una estructura psicótica de base.

No cuenta con un recuerdo consistente familiar y presenta severos desajustes en sus relaciones sociales.

Muestra especial inclinación por establecer pactos y alianzas, aspectos de sintomatología que reitera situaciones conflictivas vinculadas a su historia familiar.

Los pactos de silencio constituyen una modalidad propia de su familia. Modalidad que en todos los casos, significa la ocultación de situaciones transgresivas que implican la presencia y la exclusión de un tercero.

El padre quien es descalificado por la opinión familiar, se expresa en su alcoholismo muchas de sus frustraciones y utiliza a Marcelo como principal depositario de los conflictos que lo impulsan a beber.

En cuanto a la madre, dos son los rasgos que prevalecen: la ambivalencia y la seducción sexual hacia el hijo.

Durante una entrevista, el hermano de Marcelo comenta: --- "mamá tiene la costumbre de pasearse en ropa interior por la casa y a veces es fácil que lo haga desnuda. Cuando esto es así, noto a Marcelo muy tenso y nervioso; alguna vez me confesó que llegó a masturbarse en una fantasía sexual con ella".

Marcelo parecía tener con su madre una suerte de pacto inconsciente de naturaleza perversa, como consecuencia del cual el padre resultaba excluido de la escena. El dinero era el principal representante y mediador dentro de la relación erótica entre madre e hijo. El aporte económico --

que Marcelo recibía de su madre, siempre era a espaldas -- del padre y bajo la condición de que éste debía ignorarlo.

Por su parte, el padre exigía que Marcelo ocultara su alcoholismo; muchas veces lo invitaba a compartir una copa, bajo una condición idéntica a la pactada con su madre. -- También esta parte constituía una transgresión.

La relación de Marcelo con su padre se manifestaba como una relación entre iguales. A menudo en el curso de las sesiones el paciente se refería a su padre como un hermano o amigo, situación fácil de detectar en la relación transferencia]. (11)

La historia de Marcelo nos trae a los ejemplos de lo -- que aquí se quiere señalar.

Se dice que Marcelo solía referir que el único freno que -- encontraba a sus impulsos era el verse confrontado con la ley. Tanto la autoridad policial como la judicial constituían un freno eficaz para su conducta antisocial, y lo -- ayudaban a lograr un dominio momentáneo a sus impulsos. -- Pareciendo que es el único lugar donde la ley, existe.

Esta confrontación con la policía o la justicia era permanentemente buscada por Marcelo, a través de un fuerte desafío a la ley. Pasar drogado frente a la comisaría, desafiar la palabra de la autoridad judicial, caso también incurrir en actos delictivos, dejando resiros que lo denunciaban, eran conductas típicas de Marcelo.

Esta actitud de reto para nada casual, remite inmediatamente a una situación familiar de origen. Se observa en -- el caso de Marcelo la presencia de un padre alcohólico, --

que implica en sí mismo un caso de adicción, relaciones - particulares con su entorno, y una disminución en el ejercicio del rol paterno. La madre contribuirá con su hacer ambivalente y erótico a transmitir una autoridad transgeneracional, de la ya de por sí endeble, establecida por la vía - del padre.

Ante este panorama, en el que la ley pareciera existir sólo para ser desafiada y burlada, Marcelo no hace más que - identificarse a esta percepción. Desprecia el mundo que - se le ofrece, lo acepta sólo a través del establecimiento de pactos y alianzas, que en sí mismos suelen ser transgresores para posteriormente evidenciar la ductibilidad de -- los detentadores de la ley.

Retar a las autoridades, coaccionarlas, pervertirlas para demostrar su futilidad, es para Marcelo toda una fascinación, en la que goza.

Manifestar su existencia, a través de actos delictivos, -- mostrar su ser falible dejando rastros para que se le castigue, no es más que lo mismo. Confirmar su existencia en la constante desobediencia "lo sé pero aún así". Una existencia que quiere risentar más allá de su cuerpo, de las leyes establecidas, de la verbalización de sus actos y constituirse como un ser, aunque sea un ser ilegal.

.....

Continuando con el discurso de los sujetos farmacodependientes. Es frecuente observar en la práctica clínica que se tiene con ellos, que éstos "no tengan nada que decir", enudezcan en las entrevistas, contesten con monosílabos, sobre todo cuando el inicio de qué se atienden parte de -- otros. Éstos otros pueden ser los maestros, la policía y

en la mayoría de los casos, la madre.

Si bien como se puede leer en los apuntes de teoría y técnica de la Entrevista, crear un clima de tranquilidad y -- confianza, es importante para la obtención de información. Sin embargo es obvio que el concepto que aquí está en juego va más allá del rapport. Se trata de dar un lugar a la demanda de tratamiento y con ella a su sustrato que es la transferencia. Transferencia, que como se ha venido señalando está apuntada en el anhelo de saber (yo quiero saber que me pasa) y el amor (este analista me puede -- ayudar). Por su parte el analista, al encarnar ese lugar, pone en juego su deseo de analizar, creando con ello el -- dispositivo analítico.

Para que este intercambio imaginario pueda producirse se requiere de un soporte real, se necesita que sea sostenido por alguien de ahí que sea imprescindible definir la procedencia de la demanda de tratamiento, es decir, quién es el sujeto que solicita atención. En todos los casos, la demanda será de quién la porta, aún cuando ésta pida por un tercero.

Mariano fuma marihuana, ingiere psicofármacos, ensaya combinaciones con alcohol. Se fuga sistemáticamente del núcleo familiar, para retornar en pocos días, y volver a escapar, en un ciclo permanente.

Hay que escuchar con mucha preocupación, con qué tonos -- dramáticos, la madre concurre una y otra vez a relatarle -- al terapeuta los hechos. No le amilana que Mariano, pase a las citas concertadas por su intermedio, nunca se haga -- presente.

Mi tiempo que su esposo, sufre una dificultad tres otre,

y a pesar de las distintas variantes de horarios y días - ensayados, se haya frustrado la posibilidad de un encuentro de la pareja con el analista.

"Para colmo de males, mi esposo ahora, está atacado de dolores no sabe lo que está sufriendo".

En este padre sufriente, el que -según el relato de la madre de Mariño - llora en la mesa de la reunión familiar, inferiendo al hijo: "no sé que decirle, no tengo como explicarte todo lo mal que me está haciendo esto".

Se tiene así que un día, al fin, tras ausencias, confusiones de horarios, extravío de carnet de citas, aparece Mariño. Acompañado a su madre.

Resulta una tarea titánica, encontrar un resquicio en un discurso ensiaco, que no le ofrece, para lograr que la madre ceda la palabra y cese en recorridos explicativos de - lo que pasa, que ya había intentado, reiteradamente, fundamentar en anteriores encuentros.

Acapere la palabra del hijo, del padre, del terapeuta.

El alud llega a su fin. La madre esperará afuera, mientras Mariño hablará con el terapeuta.

Por primera vez en la consulta, su voz define un matiz.

-... ¿usted se va a dar algo?

= Vamos a trabajar con palabras

- ... ¿palabras?

= Me gustaría escuchar las tuyas, para saber que le está pasando

- Mi mamá ya lo dijo ... no sé que decirle ... no tengo -

... como explicarle ... nunca encuentro palabras para decir algo ... ¿no me va a dar nada?
... (12)

En este caso relatado, parece que tanto el psicoterapeuta como la madre, coinciden en que la atención es para aquel que padece la farmacodependencia.

Sin embargo, resulta que es la madre quien se angustia, se preocupa, acude a consulta, concerta citas fallidas, hasta que al final logra su objetivo: Mariano está de cuenta presente pero es la madre la que habla de sus cuergo que a su entender sufre.

Si se trata de definir a la demanda y a quien la sostiene, parece evidente que la portadora es la madre, puesto que aunque hable de Mariano o de su esposo, en realidad lo que está haciendo es pedir por ella misma, a través de los otros.

Entonces, si ella es la portadora, habría que esclarecer - la demanda ¿qué es lo que la madre quiere?... Desde luego que habría que escucharlo en ella, pero con una escucha - diluida en la que ella misma tenga un lugar por derecho - propio, ya no por ser la madre anclada de un farmacodependiente, o la esposa de un hombre que la questa tiempo? Necesaria presente, sino que estos elementos que aparecen como sistemáticos, retomarlos para analizar como es que existen y persisten en su vida. Porque hasta el momento la farmacodependencia, la ausencia del esposo no parece sentirse - e formularse una pregunta: ¿qué es lo que ella tiene que ver en todo esto? y es muy probable que haya que propiciarlo.

Intentar dar una respuesta a este interrogante, podría in-

Interrumpir la tónica de la queja constante y el permanente pedido por otros para otorgar así, un sitio a la posible demanda de ella y en su momento a la de Mariano y/o su padre.

Como se ha venido comentando, es necesario que la queja se convierta en síntoma, pero para que esto suceda se requiere que en el individuo haya un cuestionamiento por su situación y en sus esfuerzos por entender lo que pasa, caiga en un lugar del des-entado y solicite ayuda a un otro.

Por ahora, se podría decir que a la madre de Mariano, la ferrecodependencia de su hijo le hace signos para ella es una enfermedad producida por las drogas que debe ser curada. Pero que podría hacerle síntoma, si esta señora es considerada como la portadora de una demanda y se la escucha desde su preocupación, en un doble sentido, desde el sentido pleno del la preocupación y del de evitar que se preocupe por otros para que se ocupe de lo que a ella le pasa, dejando que cada uno se ocupe de sí mismo. Sólo entonces el hilo discursivo que apunta al lugar que ella ocupa en toda su preocupación, podrá irse tejendo.

Hacia esta primera disolución, será necesario ir a Mariano,

¿qué dice?

- ... ¿usted se va a dar algo?

- Vamos a trabajar con películas

En esta enunciado, se conserva, a riesgo de ser simplistas, una solicitud inmediata, una interrogación reiterada, que sugiere la espera permanente de una respuesta. Para ejemplificar la teoría podría decirse que en Mariano se constata un modo de incorporación, que si bien privilegia la zo-

na oral (meriguena, alcohol, psicofármacos) acentúa la dimensión pasiva-receptora, como la forma típica de Mariene para relacionarse con sus objetos. El escape que los demás actúan al largo establecido con la madre, con las drogas y el que pretende con el terapeuta, constituye un paradigma.

Pero también esa "¿usted se va a dar algo?" encierra entre sus interrogantes una demanda de amor: "¿pasa para que yo lo de" un "muéstreme para que me quiera" un "pídeame para que con eso me muestre que te hago falta", al que sin embargo el analista que sabe que su función es esclarecer la demanda y no responder a ella, ofrece dadas palabras.

Las palabras en el sentido de representativas del ser del sujeto y no como vocablos portantes de sentido, como sólo palabrería adquieren aquí una materialidad tal, que se convierten en el vehículo propuesto para el intercambio. Esta presentificación de la palabra, podrá dar lugar simbólicamente, a aquella falta de palabras que el padre exhibe y a la falta que Mariene se identifica, a grado tal de no asumir sus compromisos, de no poder explicitar lo que le pasa, cogiendo su propia decir al decir de los otros: "mi madre ya le dijo..."

Pero también las palabras en tanto significantes que representan a un sujeto frente a otros significantes, podrán representar a Mariene dentro de su cadena discursiva.

Así, el terapeuta le dice "me gustaría escuchar las tuyas (palabras), para intentar saber que te está pasando". De esta manera al traer a escena el decir de Mariene, convoca a éste para que sea él quien organice a través de la articulación de palabras su sentir.

Pero como ya se había señalado, el código permite la comunicación y que la experiencia común de los sujetos quede unificada a través del código lingüístico. Pero subyace a eso el sentido de que, más allá de lo que el sujeto se propone decir en ese discurso intencional, hay algo que se comunica, al margen de su propia deliberación en el contexto asociativo.

Mariano dice: "aj mamá ya le dijo ... no sé que decirle, - no tengo cómo explicarle ... nunca encuentro palabras para decir algo... ¿no se va a dar nada?"

Si este encadenamiento significativo se toma en un cierto sentido se podrá suponer que Mariano "no ha dicho nada" -- pero con esta doble negación (no = nada) podría extraerse una enseñanza y es la de que Mariano ha sido hablado y a través de él se ha dicho cosas, por ahora aquí en este trabajo, y por qué no creer, que también en su proceso terapéutico.

Mariano ha hablado de la omnipresencia materna, quién explica desde sus palabras toda la situación; señala una identificación, en tanto hace suyo el enunciado paterno, - él también "no sabe que decir, no tiene cómo explicar. Nunca encuentra palabras". Finalmente asume cómodamente una posición que tan buenos resultados le ha dado "¿no se va a dar nada?" situando con ella al terapeuta en el lugar del agente activo: "dame, haz". Incluso si se intenta llevar al extremo la frase se diría ¿para que hablo, si no se va a dar nada?. Pero como diría Lacan "ni siquiera eso nada hay que darle".

Si se parte de la premisa que el adicto pretende sustraerse a través de la droga, al intercambio simbólico, se ob-

tiene que:

- a) La droga se constituye como el lazo capar de unir al sujeto con un goce artificial.
- b) Esa concepción simultáneamente conlleva a un rechazo del Otro y su deseo. El adicto pretende separarse del Otro, haciéndose pasar por muerto. Entendiendo a ese Otro como aquel que demanda que se desee su deseo: amor, trabajo, paternidad, docencia, docencia, y todo aquello producción de objetos como significantes y de significantes -- como objetos .
- c) Sin embargo, esa separación concreta a la alienación, el no sometimiento al Otro, no es enfática. El adicto termina ofreciendo su cuerpo como un puro goce del que el sujeto del deseo pareciera estar ausente.
- d) Ese parecer, ese darse por muerto es una elección de la que el sujeto no quiere saber pero que tiene que dar --- cuentas al Otro.
- e. En eso querer desentendarse de su elección; el adicto -- entrega su voluntad bajo la forma de un cuerpo privado de reacciones vitales, pura máquina establecida sin deseo, negación fantástica y fantasmática de la castración por medio de la negación del falso.
- f. Paradójicamente de ese Otro del que el adicto nada quiere saber, en la práctica clínica es el que se acusa y se hace depositario de su desesperación cuando el sujeto -- fugazmente aparece. (28)

VI. REHABILITAR EN FARMACODPENDENCIA, JUNE 197

En el marco de las instituciones de salud, el concepto de rehabilitación es contemplado mundialmente en dos sentidos, que aún cuando no se contraponen ni limitan el enfoque de atención.

En sentido amplio la rehabilitación, es un habilitar nuevamente al individuo como unidad bio-psico-social para permitirle su reintegración a la sociedad.

En sentido restringido, es habilitar alguna área específica ya sea a nivel físico, psicológica o social.

La mayoría de las instituciones aún cuando estructuran -- sus planes rehabilitatorios contemplándolos desde el enfoque integral, en la ejecución pierden este sentido y actúan parcialmente sobre el individuo, dando por hecho que en forma concomitante se afectan las restantes.

La rehabilitación, en su acepción más simple es la acción de habilitar nuevamente al individuo en sus capacidades -- disminuídas, perdidas o no desarrolladas. Desde el sentido estricto es fácil determinar no sólo el grado de deterioro o daño en el funcionamiento de alguna parte orgánica del individuo, sino que es igualmente objetivo y tangible el hecho de que a través de una órtesis de restauración la función motora, o en el caso de minusvalidez visual o auditiva se desarrollan áreas sensoriomotrices que suplen la falta total o parcial de alguna función.

Es así como la rehabilitación física por tanto, se refiere a la habilitación de la función orgánica dañada total

o parcialmente, e incluye el tratamiento tanto de la función como del órgano mismo.

La rehabilitación social por su parte, está planteada en función de la reinserción que tiene el individuo al medio, esto quiere decir, que en tanto el individuo trabaja, se relaciona con sus semejantes en términos no agresivos, no crea conflictos laborales, legales o escolares, y vive en relativa convivencia pacífica y productiva, se dice que está rehabilitado socialmente.

En algunos casos ante el logro de la rehabilitación física y/o social, se considera en la mayoría de las veces -- que en forma intrínseca se logra también la rehabilitación psicológica.

Esta forma parcelizada de concebir la rehabilitación, -- consideran los institutos especialidades, no puede ser -- tomada en función de la farmacodependencia. Si bien -- existe a nivel exclusivamente físico y social una relación causa-efecto; en el farmacodependiente, aseguran los especialistas, la causa original no es orgánica sino psicológica y social. Esto quiere decir que los aspectos psicosomáticos que llevan al individuo al uso de drogas, son los determinantes que deben ser prioritarios para la estructuración de un plan de rehabilitación que englobe tanto la parte psicológica como la física y social del sujeto, ya que estas dos últimas se han visto dañadas en función de la segregación social y del daño orgánico-funcional ocasionado por la droga.

Estas puntualizaciones permiten entender que para los organismos oficiales, la rehabilitación en farmacodependencia es: "el efecto logrado en el farmacodependiente a través de acciones terapéuticas que conduzcan a su desarro--

llo sano e independiente. Esto mediante la instrumentación de medidas apropiadas que apoyen las potencialidades psicológicas, físicas y sociales que estén disminuidas, -poco desarrolladas o nunca se haya desarrollado y sean susceptibles de hacerlo, para que el individuo pueda moverse de manera independiente dentro de su medio ambiente y que no sea objeto de discriminación". (13)

Es por esto que las acciones terapéuticas que son los servicios médico-psicológicos, educativos, laborales, deportivos y culturales-recreativos, estarían enfocados a plantear alternativas al farmacodependiente en función de sus propias necesidades, habilidades y capacidades.

En este sentido es oportuno señalar que hasta aquí se observa en las instituciones aplicadas a atender a la farmacodependencia, un esfuerzo en conceptualizar la etiología del consumo de drogas desde una perspectiva bio-psico-social que pretende ser más integral. Sin embargo se puede percibir que la rehabilitación tiene la mirada puesta en la marginación social y el deterioro orgánico-funcional ocasionado por la droga.

Si bien también es cierto que la farmacodependencia ha sido fundada en causas tripartitas (biopsicosocial) y la alternativa de solución ha sido puesta en términos de lo interdisciplinario, no es suficiente. Lo biopsicosocial puede llegar a niveles tan complejos que calgen, por el agregado de premisas y considerandos, en el plano de lo inefable. Lo interdisciplinario, a su vez, puede llegar a ser un ideal impracticable, una adición e interrelación infinita de discursos y especialistas. Lo necesario precisar los criterios.

Dentro de este marco conceptual, un programa operativo, -

que respeta la naturaleza de la experiencia a la cual habrá de enfrentarse, debe fundarse en una concepción interdisciplinaria pero desde la clínica y atender desde ahí a los concretos biopsicosociales que plantean los individuos. En otras palabras, dirigir sus acciones desde el caso.

Partiendo de una concepción básica de tipo clínico se avanza en el trabajo de "particular a particular" planteando problemas, proponiendo alternativas, produciendo explicaciones en función del discurso.

La clínica no es teleológica ni apriorística; escucha del otro lo que le ocurre y encuentra en ella la intervención pertinente; en consecuencia, no anticipa el principio el final del proceso sino que va paso a paso.

Interdisciplinariedad clínica no es incluir desde el inicio a todos los especialistas imaginables. Por el contrario, consiste en no descartar la posibilidad de su pertinencia y, llegado el caso, introducir a los especialistas en cuestión; es un trabajo coordinado y específico.

Esto remite directamente a lo que se designa por "timing": el tiempo, el tiempo adecuado, el momento justo para intervenir es el que marca el discurso del paciente entendido por la escucha discrecional del especialista.

Por último, dentro de la propuesta oficial llama la atención, la importancia otorgada a la reinserción social. Es evidente que el punto de llegada al que se dirige un tratamiento, señala las diferencias epistemológicas entre una y otra práctica clínica.

A lo largo de este trabajo se ha intentado dar un lugar

el discurso del sujeto, de privilegiar la escucha del signo toma como una estructura que tiene una lógica propia para cada ser, de descentrar la droga como la generadora de la adicción por ser una situación que re-escritura al sujeto a ser cosificado. Se ha señalado que si el sujeto se construye derado como un a-dicto, se le resta la posibilidad que -- con su decir, le de sentido a ese vínculo que lo conecta a la droga. Que la droga es tanto significante fundamental, para algunos sujetos, pone en escena a otros significados, que hacen que en este discurso pueda ser leído -- el existir de ese sujeto, organizado a partir de su farmacodependencia.

De esto se desprende, que si el tratamiento persigue intereses distintos a los propiamente clínicos al estar al -- servicio de otras demandas, es muy probable que el trabajo ahí realizado tenga que ser denominado de otra manera.

Este nombramiento a título de encuadre de la práctica clínica, determina los lugares que el profesional va perforando con su actuar, en cada uno de los casos por él atendidos.

Es necesario devolver su estatuto clínico al concepto de demanda que aquí se ha manejado y diferenciarlo de cualquier otra solicitud de servicios.

Cuando se dice que la sociedad es la solicitante de servicios, es importante individualizar la fuerza de esa solicitud. No es lo mismo que a un disidente político es lo diagnostique por sus diferencias ideológicas algún trastorno psiquiátrico grave y haya que proporcionar un "tratamiento" que de respuesta a esta solicitud, que aquel -- profesional que desde su ética define su quehacer y actúa en consecuencia.

Luego entonces la demanda, será un concepto clínico que designa la petición, la solicitud de un sujeto dirigida a un especialista en relación a algo que le resulta sintomático, perturbador.

Es sabido que la mayoría de los farmacodependientes no demandan a propósito del consumo de drogas. Se ha encontrado que para su aparición es necesario un punto, una asociación entre la droga y otros síntomas.

Si hay un sujeto (que consume drogas) que se dirige a un médico (terapeuta) para que le ayude (aunque no para disminuir su consumo), se tienen ahí 3 elementos que pueden dar inicio a un trabajo clínico.

La dirección que éste asuma, se insiste, dependerá de cada caso y de cada acto, dentro de cierta estructura. Cada intervención que efectúa el terapeuta provocará reacciones en el paciente, que al irse articulando construirán una verdad sobre el ser del sujeto. Esta articulación podrá producirse de tal manera, que no importa que la demanda inicial no apunte a la disminución del consumo, este tópico aparecerá dentro del continuo que es la vida del sujeto.

Este cambio de enfoque implica el pasaje del sujeto-droga, al sujeto, que al hacer uso de la droga ha establecido un vínculo con ella. Lo justamente así, en tanto acto que lo ata, lo que lo hace ir una y otra vez a la droga. Esa re-petición, señalada ya en páginas anteriores, es una petición de algo que al no ser eso lo que se pide, no satisface, pero no por ello, deja de pedirse.

Si a este sujeto a la droga, se le permite poner en palabras aquello que hasta este momento ha pasado únicamente

por la experiencia del cuerpo, se hará evidente cuál es el lugar que el sujeto le da al discurso del farmacodependiente y que el consumo farmacodependiente cesará por su propia pesa.

Con esta intermediación de la palabra se está haciendo -- una separación entre el objeto-droga y el goce que ésta produce. De tal manera que al ser introducido el registro simbólico, se establece un orden, una diferenciación entre el sujeto farmacodependiente y su objeto droga poniendo de manifiesto el lazo que los une.

Al instaurar la palabra, se pretende producir un discurso en el que el síntoma farmacodependencia tome sentido y el sujeto que es farmacodependiente recorre y descompone la historia que ha hecho que se genere ese síntoma. Por lo tanto, decir que el farmacodependiente es el que hace la droga, significa que la droga debe ser entendida como un síntoma y no como un objeto a consumir.

Luego entonces, si la focalización del tratamiento está impulsada por la demanda, entendida como la solicitud de ayuda que el paciente le dirige al terapeuta sobre algo que le resulta perturbador, quedan fuera de foco interdicciones tales como "líneas que atordaste para ..." o "prohibido drogarse", consignas que al no tener un sustento clínico en el devenir del sujeto, remitirían a dirigir un tratamiento en aras de un ideal, sometido a la solicitud de un otro que no es la persona que ha solicitado ayuda.

No obstante el terapeuta pueda dar estas indicaciones desde cierta perspectiva clínica, así el "prohibido drogarse" tomará el lugar de una ley que podrá reorganizar la estructura interna del sujeto.

Si esta sentencia "prohibido drogarse", es tomada literalmente desde la perspectiva del consumo de la droga, podría pensarse que evitar el consumo equivaldría a obtener el resultado deseado. Sin embargo, si se considera por el vértice de la ley, podría permitir analizar los diferentes posicionamientos del sujeto en relación a ella y producir en él, un nuevo ordenamiento.

Es claro que no es cualquier ley, sino que es aquella que es necesaria para dar un sentido a la vida interna del sujeto.

Un ejemplo que podría ilustrarlo, es la siguiente pregunta, hecha por un farmacodependiente: ¿Para ustedes, cuál es la diferencia entre una copa de vino tinto y un cigarrillo de marihuana?

Está claro que la respuesta no es fácil si se entiende la pregunta como una demanda de saber sobre el objeto. Un camino que podría tomar ese saber es el de las leyes jurídicas, aquellas que legislan sobre el uso y abuso de las sustancias. Entonces se caería en el terreno de la ley, pero él no dirige su pregunta a un abogado, la está dirigiendo a su terapeuta y es desde el campo clínico que este podría intervenir.

Si el paciente pide se le establezca una diferencia, es porque probablemente para él no existe y no sólo en cuestión de la droga en sí, sino del consumo, del lazo que ha establecido con la droga, del vínculo que hace con sus demás objetos y en fin, en su vida general.

Ley, que proviene del latín *lex*, de *ligare*, que puede ser traducida como ligar, atar; ley que está señalando su existencia en torno a la cual giran las relaciones con --

las cosas. Si esa ley no está definida en el sujeto, las cosas que de ahí se derivan tampoco podrán estar claras.

La ley, en un trabajo ético institucional, también tiene sus funciones y efectos terapéuticos. Es la ley por supuesto, que va más allá de las alcances de un reglamento encaminado a fijar las reglas mínimas de convivencia para el bienestar de una comunidad. En el ámbito hospitalario es común que se prohíba el uso de drogas en la institución, constituyendo ésta uno de sus principios de funcionamiento.

La ley se separa del reglamento y de las consignas de funcionamiento pero interactúa con ellas, en tanto que en la ley se inscriben todos los comportamientos en el interior de la institución de una manera más o menos explícita, pero ya no leídas sólo por su implicación en el bienestar o malestar institucional, sino en cuanto que permiten al farmacodependiente leer o comenzar a leer su pasado. La institución podría justificar su existencia, en tanto refleja en sus movimientos la historia del sujeto. Esta movilidad podría permitirle al individuo darle un sentido a aquello que le ha llevado a expresar una demanda en el interior de la institución. Si el sujeto ha acudido a ella es porque quiere dejar de drogarse, así es su deseo, con la consigna "prohibido drogarse" se le podría estar apoyando para que pueda sostener su deseo y dando la oportunidad para que hable de las dificultades que se le presentan para lograrlo.

Un tratamiento centrado en una moral cuyos axiomas figen - el supuesto bienestar de los individuos en una sociedad determinada, puede prescindir del deseo del sujeto en aras de un bien común.

La clínica Freudiana está centrada en el deseo. En que el sujeto se asume como responsable de las respuestas que emite frente a su deseo en su intento por satisfacer algo que por antonomasia no puede ser satisfecho. Esta elección que si bien está forzada, por inscribirse en un determinismo psíquico, existe cierto margen de libertad en el que el sujeto puede elegir y es responsable de dicha elección; aún cuando aparentemente ceda en su deseo, ha tomado una decisión; desde que los otros decidan por él y es su responsabilidad las consecuencias de este acto.

Así, cuando la institución pone una regla cualquiera confundiéndola con la ley, produce una vía propicia a la repetición de conductas bisarras y al extravío tan estimado por el farmacodependiente.

De esta manera, la consigna "no fumar en la institución", si se impone por la vía del comportamiento, del no consumo, se está descuidando su importancia simbólica, dejando de lado su función como ley, que prohíbe para permitir, - que un deseo de cura sea sostenido.

Esta consigna que se instaure como un símbolo transitorio de un tratamiento, pareciera decir entre líneas "si la -- droga aparece, la palabra desaparece".

Si se parte de la premisa de que la droga es considerada por el sujeto, como ese objeto único capaz de satisfacerlo, cuando éste se presentifica, el sujeto se encapsula - en él, en un goce, que no necesariamente es placentero, - pero que le permite obturar una falta y sentirse completo.

Pero esto es una paradoja, porque como también se ha señalado, ese objeto que falta, es mítico y por lo tanto no -

es localizado por más que el farmacodependiente crea haberlo escobizado. La en este terreno que la ley simbiótica viene a instaurarse, como aquella ley que aparece, que señala la imposibilidad del objeto pero que simultáneamente lo renueva al sujeto a desear, en este caso, a desear su cura, desear saber sobre lo que le aqueja.

Dice de las proposiciones que se ha intentado sostener es que el farmacodependiente es quien hace a la droga. La pregunta obligada pasa ahora sobre el lugar del sujeto en su relación con el objeto creado por él. En estas condiciones, la única pregunta admisible es ¿por qué el farmacodependiente es farmacodependiente?. Esta pregunta no puede responderse con criterios constitucionales o hereditarios, sino descomponiendo el síntoma: la droga es tanto objeto alienado a un sujeto en una repetición incesante.

Sin embargo es pertinente revisar lo que del farmacodependiente han dicho diversos autores.

Para empezar es necesario señalar que como farmacodependiente se está comprendiendo a aquel individuo que utiliza la droga, sin poder dejar de hacerla; este solo reiterativo será el que lo caracterice en cuanto tal.

S. Sade llegó a concluir que "... la vida mental del paciente estaba representada por una fórmula muy simple: -- deseo de intoxicación, intoxicación, efectos posteriores y así sucesivamente" (14). De esta manera describe S. Sade la dirección hacia la cual tiende el farmacodependiente y es éste precisamente el aspecto que requiere una explicación: más aún, si se toma en cuenta que una vez -- que se llega a esa situación, lo que puede ser el efecto placentero de una droga es, muchas veces mínimo, en compa

relación con los efectos displacenteros o con las consecuencias adversas que provoca el consumo de la droga.

Bede retrata acertadamente la situación a la que es espujado el farmacodependiente cuando dice "tenemos una visión de la enorme importancia que adquiere la droga en cuanto único trozo de la realidad por el que el sujeto se interesa y podemos darnos cuenta de cómo el adicto a drogas - arroja por la borda, desde el mismo comienzo de su enfermedad (SIC), todas las consideraciones legales y morales en sus intentos de procurarse aquellas" (13).

Sin desconocer las particularidades de las diferentes drogas, cabe señalar que aquí sólo se pretende puntualizar - los efectos psíquicos que en la práctica clínica han sido encontrados.

Es seguro que las variaciones que existen de una a otra droga, no sólo en cuanto a efectos, sino también en cuanto a modo de aplicación, influyen en las motivaciones que lleven a un determinado individuo a elegir una droga y no otra. Sin embargo, de acuerdo a la delimitación que se hizo del farmacodependiente que nos ocupa, éste utilizará cualquier sustituto que esté a su alcance, a diferencia de aquellos que pueden dejar de drogarse por no disponer de la sustancia de su preferencia.

Se coincide con Henry Ly quien afirma que: "la toxicomanía no viene definida por el producto: la estructura toxicomana puede satisfacerse no sólo por el consumo de productos euforizantes u originadores de ensueños, sino también a través de efectos considerados como desagradables por el mismo sujeto, y de los que obtiene un beneficio (por su propia estructura) en un segundo grado, en el plano de lo imaginario o de lo simbólico" (14)

Los aspectos propuestos para explicar qué es lo que hace a un individuo farmacodependiente, son de naturaleza psíquica. Aún en aquellos casos en los que llega a producirse una dependencia física hacia la droga, es observable - en la experiencia, que la desintoxicación del farmacodependiente no elimina el deseo de utilizar nuevamente la droga.

Con este comentario no se pretende minimizar los efectos físicos que producen las drogas; por el contrario, es evidente que los efectos químicos que estas introducen en el organismo afectan de manera muy importante al individuo, complicando la situación de por sí problemática que psicológicamente padece y, en pocas casos, conduciéndolo hasta la muerte.

Ahora bien, desde el momento en que se parte del supuesto de que existe un efecto común a las drogas, que éste es el que explica lo que en los organismos especializados, - se conoce como dependencia psíquica, es porque implícitamente se está considerando otro supuesto que es básico. - Éste se encuentra expresado en Otto Fenichel, quien cita de a Glover dice: "el origen y la naturaleza de la adicción no residen en el efecto de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente". Y más adelante, el mismo autor comenta tomado de Sendor Rader: "el factor decisivo es, por lo tanto, la personalidad pre-adicta; --- ... los que se hacen adictos a las drogas son aquellas -- personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico" (17)

Se hace énfasis en la importancia que tiene esta manera - de enfocar el problema porque de ella deriva una concepción específica tanto de la investigación de los interrogantes que nos plantea la problemática del farmacodepen-

diente, como del tratamiento que adste se le propone.

Para comprender por qué un individuo es farmacodependiente, se insiste, no es la droga la que lo hace tal. "Las toxicomanías, dice S. Rado, son enfermedades (SIC) psíquicamente determinadas, artificialmente inducidas; pueden existir porque las drogas existen pero deben su existencia a motivos psíquicos". (18)

Ubicando el problema en el individuo y no en la droga, se surgen varias interrogantes: cuál es la estructura psíquica del farmacodependiente, en qué consiste la personalidad preórbida, cuál es ese significado específico que tiene la droga para el farmacodependiente, qué obtiene con ella y a qué se debe que no pueda dejar de recurrir a ella.

Al decir que el farmacodependiente no puede dejar de drogarse, lo que es importante enfatizar es que no es consciente de la elección que ha hecho sobre su conducta. La acción de drogarse viene determinada e impuesta desde una parte del mismo individuo que éste cree ignorar y al hacerle no puede ejercer ningún movimiento.

Esto obliga a considerar, de aquí en adelante, la lógica del inconsciente, la existencia de un saber que el sujeto no sabe que sí lo sabe, y en consecuencia a la farmacodependencia como un significado que metaforiza un síntoma y el acto de drogarse como la resultante del enfrentamiento entre el que y el deseo.

La farmacodependencia como síntoma psicoanalítico podría pensarse retomando linealmente a Freud, que se impone repetidamente al individuo, sin que éste pueda gustrarce voluntariamente a él y, lo que es fundamental que "posee

un sentido oculto que se halla estrechamente enlazado a -
la vida psíquica del enfermo". (19)

Si se afirma que la farmacodependencia es un síntoma y --
tiene entonces un sentido, habría que preguntar sobre --
aquello que es expresado a través de la acción de drogarse
y que está estrechamente relacionado con su vida psí--
quica, es decir, que viene determinado por la historia --
del individuo.

Aquí es pertinente llamar la atención de que la farmacodep--
endencia al ser considerada como un acto, es la repeti--
ción de la acción la que pretende obtener una falta y no
el objeto-droga en sí mismo. Este recorrido alrededor de
una falta, ya sea que en la estructuración del sujeto se
haya reprimido, denegado o forcluido definitivamente la particu--
laridad que asume la farmacodependencia en cada uno de --
los sujetos.

Se había señalado anteriormente que el farmacodependiente
tendrá que recorrer y descomponer la historia que ha he--
cho que se produzca ese síntoma. Para esto es necesario
que pueda poner en palabras lo que quedaba obturado por -
el acto de drogarse y para ello es indispensable que se -
lo escuche, que se dirija a alguien que considere el sín--
toma como aquello que viene a ocupar el lugar de una pala--
bra no dicha. Esto es ofrecer la posibilidad de que apa--
rezca la palabra organizando la historia del individuo. -
De esta manera se podría escuchar, parafraseando a Freud,
"el verdadero sentido, el hacer advenir la fantasía sobre
la que se apoya el objeto". (20)

En ocasiones se ha dicho que en el farmacodependiente - -
existe una fijación en la etapa oral. La experiencia clí--
nica indica que se ha simplificado demasiado esta afirma--

ción y por lo mismo ha perdido su valor, ayudando muy poco a aclarar el problema; sin embargo, se considera que tal afirmación tiene su fundamentación y puede ser válida si se articula desde la particularidad de cada caso.

Freud al referirse al acto de la succión en los niños, -- señala que " si la importancia orgánica de la zona labial se conserva, tales niños llegar a ser en su edad adulta, inclinados a besos perversos, a la bebida y al exceso -- en el fumar; más si aparece la represión, padecerán la -- repugnancia ante la comida y de vómitos histéricos ".(21)

Es conveniente remarcar el lugar en que queda colocada, -- de acuerdo a este pasaje de Freud, la farmacodependencia: como satisfacción perversa.

A este respecto, en Hans Sachs se encuentra una interesante aportación, refiere: "Creo haber encontrado entre los toxicómanos un eslabón de significado práctico y de principio. En estos casos se ve claramente que lo imponente, lo dominante del individuo, son las fuerzas libidinales -- que han sido separadas del yo, a las que a menudo se ha -- considerado como pertenecientes a la neurosis obsesiva. -- Por otro lado tienen en común con las perversiones que p₂ se la conciencia no son, como los síntomas neuróticos con pulsivos, actos indiferentes o más a menudo un ceremonial desagradable, sin sentido y una pérdida de tiempo, sino -- un acto indudablemente satisfactorio ...". (22)

El placer oral señalado por Freud es uno de los aspectos más fácilmente reconocibles en la farmacodependencia. S. Redo asegura que las manifestaciones psicológicas del erotig₂ mo oral están siempre presentes en una forma marcada, aún en esos casos de toxicomanía en los que la droga no es in₂ gerida por la boca. EN ocasiones, se ha hablado también

de "fijación cutánea" para explicar los casos en los que la droga es aplicada a través de la piel. Lo que es importante retener de estos señalamientos, es el carácter parcial de la pulsión en cualquiera de los casos: oral o cutánea. Pero la primacía del erotismo oral, en la explicación que da S. Rado, puede aportar nuevos elementos. Según él, el erotismo oral no se reduce al que proviene de la zona bucal, se le reconoce también en la sensación agradable de tener el estómago lleno y por una general y difusa sensación de bienestar de la que participa el organismo entero. A este estado lo llama "orgasmo alimentario" y a él le atribuye el tan exaltado valor erótico de la zona oral, pero advierte que así como el niño se contentaba con el disfrute limitado a la zona oral como gratificación sustituta, en el inconsciente del adulto puede persistir la suposición de que la sola estimulación oral puede reproducir ese placer. El "orgasmo farmacológico" como Rado llama a la agradable sensación obtenida con la droga, es una nueva edición del orgasmo alimentario. Si este orgasmo, es puesto en términos lacanianos y a través de la clínica de cada caso se define lo perteneciente al goce fálico y al goce del cuerpo, será posible dirigir la cura desde otra clínica.

Karl Abraham señala que el alcohólico identifica su edición con la sexualidad utilizando el alcohol como un sustituto de ella. Observa en esto una analogía con ciertas perversiones sexuales en las cuales un estímulo sexual es puesto en el lugar del acto sexual. "El alcohol excita los sentimientos sexuales; esta excitación es lo que el bebedor persigue y con ello pierde su capacidad para la actividad sexual normal". (23)

Una vez señalado el papel de la sexualidad autoerótica, según algunos autores, en la farmacodependencia, así como

sus comentarios que permiten señalar alguna vinculación - con las perversiones, una de las cosas evidentes, es el hecho de que el farmacodependiente parece no requerir -- otra cosa de los demás que no sea la droga.

Es alarmante constatar como va ganando importancia en la vida de algunos farmacodependientes el lugar de la droga y consecuentemente va perdiéndola el resto de los aspectos que forman parte de su vida. Tal es el caso de las relaciones interpersonales, que en situaciones más graves, se observa como es sustituida toda relación con el mundo exterior por la relación con la droga.

Existe otra faceta de la farmacodependencia que también - ha sido trabajada por diversos autores. Esto es, la farmacodependencia como un estado artificialmente provocado que imitaría el estado maniaco detrás del cual se oculta una depresión.

Freud llamó la atención sobre este aspecto al ocuparse -- del tema del sufrimiento y sus preventivos; "El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación, es el químico: la intoxicación". Freud describe las drogas como sustancias extrañas al organismo cuya presencia en la sangre o en los tejidos proporciona sensaciones placenteras, modificando -- además las condiciones de la sensibilidad, de manera tal que impiden percibir estímulos desagradables. Añade que - "en nuestro propio psiquismo deben existir asimismo sustancias que cumplen un fin análogo, pues conocemos por -- lo menos un estado patológico - la manía - en el que se produce semejante conducta, similar a la embriaguez, sin incorporación de droga alguna. Y más adelante dice: "Los hombres saben que con ese "quita-penas" siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo --

propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad - de los estupefacientes la que entraña su peligro y nocividad. En ciertas circunstancias aún llevan la culpa de -- que se disipen estérilmente cuantiosas magnitudes de energía que podrían ser aplicadas para mejorar la suerte humana". (24)

Siguiendo esta línea de pensamiento, el farmacodependiente mediante la droga busca escapar a una depresión que lo amenaza continuamente, podría pensarse que para este individuo hubo un momento "azaroso" en que se descubrió que a través de la droga podía negar... esa depresión. A partir de ese momento ese individuo dispone de alguna manera de un poder al que difícilmente renunciará, pero que no - le exime de su responsabilidad de haber elegido esta comi-
na.

La disponibilidad de la droga es sólo una propuesta que - existe en el mundo exterior, la elección de su uso e abuso, es responsabilidad del sujeto. Esta elección no es - un efecto de la voluntad sino que tiene que ver con una - respuesta que se emite frente al deseo.

La división subjetiva no es elegida, es decir, el sujeto no experimenta la falta a voluntad, pero, la estructura - que de ahí resulte sí es elegible. Esto explica de alguna manera, los diferentes posicionamientos psíquicos frente a la falta. El acto de drogar, es una elección. Lo que esto represente para cada uno de los sujetos y como - se organiza su vida a partir del consumo estarán determinados por una historia que le es propia.

Siguiendo por la senda de la manía y la melancolía, Sándor Radó llama también la atención, en relación a la sem-

janza que observa en éstas con la intoxicación y sus efectos depresores. Según él, el farmacodependiente obtiene con la droga un aumento en su autoestima, una elevación de su estado de ánimo, logrando que desaparezca la enorme distancia que existía entre su desvalimiento y el yo -- ideal con el cual se compara. La aparición de la droga -- en estas circunstancias es realmente mágica, inapreciable, pero como se sabe, esclavizante. Pasado el efecto de la droga, la depresión inicial reaparece y además exacerbada. Rado llama a este estado "depresión farmacogénica", sustentada en que hay un curso cíclico y que su -- regularidad demuestra que el yo mantiene su autoestima -- por medio de una técnica artificial. (25)

Parece ser que esta "manía" que la droga provoca en el -- farmacodependiente ocultando una depresión, no es diferente en esencia de lo que anteriormente se indicaba como -- obturar la falta o buscar una sensación de completud que produce un modo de placer autoerótico. Se puede pensar tentativamente en un código denominador que estaría dado -- en el fracaso para asumir la falta, en última instancia -- la castración, que en una de sus acepciones es entendida como el "no todo": no todo se puede tener, no todo se -- puede saber; pero que es finalmente ese "no todo" el que organiza el ser del sujeto.

Por último, hay un aspecto más que es importante mencionar. Ya se hicieron, de una u otra manera, referencia al carácter autodestructivo que comporta la farmacodependencia, o quizá, masoquista, admitiendo una manifestación de la pulsión de muerte.

Se decía antes que la droga parece venir a ocupar un lugar en el farmacodependiente que le estuviera reservado, en el sentido en que se puede decir que "combina" con la --

estructura del farmacodependiente, pero que es libre de elegir la vía; por ahora, la vía que se está estudiando es la farmacodependencia, por eso se enfatiza al sujeto como farmacodependiente, pero en tanto sujeto podría ser cualquier otro síntoma, con sus particularidades propias.

Continuando con la farmacodependencia, a partir del primer encuentro con ella, se ve entrar al individuo a una circularidad, una repetición, una actuación insistente -- que lo va llevando a su autodestrucción. A algunos autores les ha dado la impresión, como si el farmacodependiente se encargara de ir procurando su propia destrucción a fin de cumplir con el lugar que le fue marcado, aún antes de que naciera; el lugar de la muerte. Muerte como sujeto del deseo, en tanto ya no desearía más, pero también -- en cuanto ser para la muerte como aquel acto que vendría a darle un verdadero sentido, por paradójico que se escuche, a ese existir del sujeto.

En palabras de Vera Óscamp sería: "Lo que la dimensión -- del acto introduce para el farmacodependiente, lo que -- ella encarna, no es otra cosa que la pulsión de muerte en tanto la única excepción en la que la satisfacción se depende de un objeto sino de un acto". (26)

VII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dada la complejidad de la teoría Lacaniana y la diversidad de orientaciones psicoanalíticas fue necesario hacer un -- recorte conceptual.

La revisión fue circunscrita a la psicoterapia breve con -- los fundamentos de la psicología del yo en tanto se proponen objetivos y tiempos limitados para tratar a la farmacodependencia constituyéndose así, como una alternativa viable para el trabajo institucional.

Los ejes cardinales para su análisis fueron los conceptos elementales expuestos por Lacan para la concepción del sujeto y su cura.

Es oportuno señalar que en este intento no fue posible agotar ni en adeuro ni en profundidad la diversidad de conceptos y situaciones implicadas. Esta apreciación sirvió para constatar la imposibilidad de decirlo todo, corriendo el riesgo de esbozar aquella estructura perversa ya señalada: "adn así" ... se hizo el esfuerzo.

Tampoco fue posible exponer seguimientos de caso con uno y otro enfoque por considerar que la particularidad subjetiva de cada sujeto y el lugar que ocupa el analista en cada análisis trasciende a una investigación de tipo experimental.

El título "Rehabilitar en farmacodependencia. Consideraciones desde la teoría Lacaniana", puede parecer en una primera lectura una contradicción. Sin embargo, si bien se -- ha señalado a lo largo de todo el trabajo que para esta -- teoría, el analizante, es de entrada, el sujeto escindido

que quiere saber que le pasa; en un segundo momento, si se quiere la particularidad aquí reseñada, se hipotetizará el lugar que la droga teóricamente podría ocupar en cada uno de los sujetos. Entendiendo la rehabilitación como el efecto logrado que indicaría retroactivamente la dirección de la cura que se ha seguido en cada uno de los casos atendidos.

Una de sus limitaciones y que habría que revisar es la adjudicación, que se hace en algunas ocasiones, de dar a la droga el estatuto de objeto a. Esta localización del objeto a, que permitiría hacer la ecuación $a = \phi$, está más cercana a la estructura perversa, sin que por ello sea permisible una generalización ni de objeto, ni de estructura. Es importante hacer precisiones desde la escucha difusa de cada caso y el interior de cada estructura.

Aún cuando se señaló que la farmacodependencia sería tratada como un síntoma, esta referencia quedó en el terreno del significativo, la teoría lacaniana desde la topología tiene todavía mucho que decir en relación al síntoma. Lo mismo sucede con la clínica misma, no se trabajó lo relativo al fantasma y al goce, por indicar algunos de los conceptos que imprimen un carácter diferenciado al quehacer psicoanalítico lacaniano.

El procedimiento de leer los conceptos, assimilarlos y atribuirlos en función de la farmacodependencia como particularidad clínica, también tiene sus avatares. Es probable que en esta tesis es más de una ocasión, de los autores estudiados, salen sus dichos trasteados, pero es parte de la función de lo escrito. Sería ilusorio por parte de algún autor dar a su lectura, el estatuto de única y verdadera. Esto quiere decir que una vez que se expone el escrito a consideración de los demás, habría que tomar día

tencia y escuchar los diferentes sentidos que surgen a partir de ese decir. Esto no implica una torre de Babel sino que precisa admitir la multideterminación del significado, el necesario recorte para su comprensión, sin que por ello deje de existir la finitud de sus lecturas posibles.

Se sugiere la lectura de este trabajo como el lugar de las faltas, para que a partir de ellas se pueda producir un -- discurso nuevo.

VIII CONCLUSIONES

Confío en que el título de esta tesis no se haya entendido como una confrontación entre diferentes teorías para concluir con un manual de técnicas para la rehabilitación en farmacodependencia. No hay nada más lejos de este trabajo que el proponer un instructivo de procedimientos que indique qué hacer con un farmacodependiente.

1. Una de las premisas que constituye el eje de esta reflexión es que la técnica en cuanto tal, carece de valor, ésta deberá ser abordada, producida, creada, a partir de la singularidad de cada caso, habrá técnica sólo de lo singular.

Esto cuando se refiere a los escritos técnicos de Freud, los sitúa como un intento que hace Freud por transmitirnos algo acerca de su "forma de hacer" donde la técnica no es más que un "instrumento" y que lo esencial en dichos escritos no es precisamente la técnica: "La formalización de reglas técnicas es así tratada en estos escritos con una libertad que es en sí una enseñanza que podría ser suficiente, y que de ya es una primera lección su fruto y su recompensa. Nada que sea más salubre y más libertador. Nada que muestre mejor que la verdadera cuestión está en otra parte". (27)

2. Cuando al articular algunos conceptos que permitieran comprender a la farmacodependencia se recurría a la exposición de vídeos científicos ya publicados, era con el fin de ilustrar una de las posibles lecturas que de ellos podría hacerse pero no para señalar lo que debía hacer el terapeuta.

Esto deber ser del terapeuta está más cercano a cualquier terapéutica que pretende curar o quitar síntoma-

mas, inscrito en una dirección tal, que su quehacer está funcionalizado y preestablecido. Es probable que en este sentido exista el tipo ideal del terapeuta o analista - éste para la multiplicidad de corrientes psicoanalíticas--.

Dentro de la corriente lacaniana se indica que el analista, está también del lado del no-todo; no todo, equi vale a decir que si bien es tributario de un saber, él ocupa un lugar de sujeito supuestamente saber, que el sujeto en análisis le otorga; es un saber que no tiene pero -- que se va a producir. Y en esa construcción que se haga del saber, tendrá mucho que ver, el estilo propio de cada analista; uno a uno también, y sin referencia al ideal del analista.

3. Otro supuesto trabajo es que el proceso de análisis lacaniano apunta primeramente a un saber. Un saber demandado por el sujeto, en relación a sus síntomas, en donde la cura sintomática, es sólo secundaria. Ese saber que el sujeto demanda, no es un saber académico que le describe lo que a él le sucede sino que desea saber una verdad sobre su ser. Una verdad que no tiene como referencia, algo exterior a sí mismo. Una verdad que -- como se señaló en reiteradas ocasiones, habla a pesar -- del propio sujeto. Y la tarea del analista será llevar al sujeto a percibir lo que lo causa, lo que lo determina en su existencia. En este origen se encuentra la castración que sostiene el sujeto en la dialéctica del deseo, porque algo falta, es que él desea. La castración funda la garantía de una función del deseo ajustada a la ley, *félice*. Ley porque impone en su doble vertiente una prohibición y una apertura: Prohíbe el goce del Otro que apunta a la extinción del sujeto, pero que promete un reencuentro vía el goce *félice*.

De esa interdicción hecha sobre el goce del Otro surge un sujeto con un vacío insalvable y un gran Otro al que se le supone poseedor de ese objeto míticamente perdido. Esta unicidad perdida, el sujeto trata de restaurarla a través de soportes imaginarios, vehículos que ofrecen y piden - amor, mirada, hambre, voz - para que el Otro le de(ese). Pero la desventura del deseo es su constituyente inicial. Nada de lo que el Otro le pueda entregar colmará jamás la falta (a) por lo que el sujeto accede a la existencia, y ni tampoco ese gran Otro puede ofrecerlo porque no lo tiene, también está incompleto (Æ). Pedir que el Otro desee encierra también -- una paradoja porque si desea es que algo le falta, entonces tampoco está completo.

Falico, en tanto representante simbólico que establece la posibilidad de circulación e intercambio, produciendo la variación de sus tiempos es la significación de las funciones de los personajes en cada estructura. Lo que circula es el falo como significante que señala a ese objeto perdido, pero que no lo es; si existe el falo es porque hay una falta, un agujero. El falo tampoco se es, ni se tiene, pero se busca en el campo del --Otro, a través del goce pasado por el deseo. La posibilidad entre goce y deseo es como se significantiza la -- vida del ser. La sexualidad es secundaria pues es resultado de como se significantiza el goce de los hombres y las mujeres.

4. El sufrimiento, por excesivo que se vuelva, no basta -- para conducir al sujeto al analista. El sufrimiento, el que se dice que es del síntoma, es una compañía fiel -- que puede llevar al sujeto hacia el terapeuta, hacia -- aquel que promete la felicidad pero no hacia el analista.

Para que haya OLHADA DE ANALISIS es preciso que este -

sufrimiento haga signo al sujeto, signo de un Otro cuyo saber haría de este sufrimiento una significación. El sujeto que demanda un análisis ya sabe que su sufrimiento no es pura pregunta, que ya es una respuesta, -- Freud lo situaba como compromiso.

5. El síntoma es la interpretación de un saber reprimido. Cuando ese mensaje llega a su destinatario, que es el sujeto - puesto que el analista es lo recheva con su -- hacer -, el síntoma o el sufrimiento que este genera, desaparece. Desaparece no porque le haya sido resitado sino porque al sujeto al tomar el lugar que le corresponde en ese conglomerado de significantes que lo representan, les ha dado un sentido para él, quedando disuelto lo que de enigmático tenía el síntoma. A su vez, el síntoma exige la implantación del significante de la transferencia, esta transferencia que implica al analista en tanto se le dirige a él una pregunta y que él encarna una respuesta en tanto sujeto supuesto saber.
6. La cura encuentra su solución en el reconocimiento por parte del sujeto del límite que hay que dar a este saber; no se puede saber todo. Aún para el saber existe un límite. Tampoco se trata de hacer una apología de la conciencia ni de la intelectualización, no es que -- haya una correlación a mayor conocimiento el sujeto tiga de sí, mayor será su cura sino que ese saber difiere de un verdad, de esa verdad que el sujeto ha construido en su análisis y que no puede decirlo todo. Hay algo que se le escapa al orden mismo del lenguaje y que -- señala una imposibilidad para que éste sea dicho. A -- partir de esa imposibilidad el sujeto puede decidir cesar su llamado al saber. Sin embargo eso no basta. Todeva es preciso que el límite sea también el del Otro

y que el analista caiga como sujeto supuesto saber y se convierta en un objeto de desecho, no de identificación, en donde el analista ya no será concebido como aquel -- que sabía todo del sujeto sino que pasará a ser uno --- más.

7. La farmacodependencia puede ser considerada como un síntoma. En su vertiente simbólica, como un conglomerado -- de significantes que demanda una significación teniendo el saber una función de mediatizar vía el lenguaje, esta significación.

Sin embargo, no todo es significativo, la repetición, -- como ese incessante ir y venir que denota el vínculo que el sujeto ha establecido con la droga, es correlativo también a que no todo de lo real puede ser sometido a -- lo simbólico; pero que no por ello deja el analista de intentar establecer una significación entre lo que está fuera del lenguaje de la pulsión y el significante mismo.

8. Si la farmacodependencia es expuesta por el sujeto como un querer saber -- que le pasa --, tiene el estatuto de -- cualquier otra pregunta que podría hacer cualquier otro analizante. Los elementos a ser escuchados pasarían -- más por la estructuración que el sujeto hace de su demanda, de la incorporación del significativo de la transferencia, de como el sujeto se juega en la escala invertida de goce-deseo; que en la focalización del objeto--droga.

9. En un intento del sujeto por localizar a ese objeto simbólicamente perdido, la droga puede ser confundida con -- él. Esta supuesta posesión del objeto a, le daría al -- sujeto la ilusión de negar la falta y entregarse al goce del cuerpo. Paradójicamente eso que aparentemente --

lo "mata", le permite "vivir". La instauración del lenguaje como eso que pone fin al goce del Otro, permitiría al sujeto enfrentarse a su falta en ser y reinscribirse en el circuito del deseo. La experiencia clínica dice que el sujeto que ha experimentado ese goce, no puede explicarlo, sólo dice lo que fue o lo que pudo haber sido. Y es eso que se escapa a la captura del lenguaje, lo que insta a seguir buscando.

10. Ese intento de algunos adictos por localizar a ese objeto "a" e identificarlo con el falo (q̄ + a), podría llevar a considerar a la droga como un fetiche, condición necesaria para que haya goce. En este orden de ideas el objeto fetiche no es cualquier objeto, ni es cualquier sujeto el que lo elige en cuanto tal, se requiere de ciertas características por ambas partes para que se establezca un vínculo. Características a puntualizar caso por caso. En igualdad de circunstancias estaría la droga como objeto, cuando es considerado como objeto anti fálico, objeto de satisfacción parcial, etc.

11. El ser existe por lo insoportable de su falta y el farmacodependiente en tanto ser, no está hecho. La falta insoportable para el farmacodependiente, no es la falta de la droga, de la que el discurso médico ha hecho el signo mismo de la farmacodependencia, sino el significado de la falta en el Otro. Que el sujeto adapte la castración de sí mismo, suele ocurrir desde el inicio del análisis e incluso ser planteado como una demanda de análisis "soy ... de lo peor... y ...". Sin embargo, reconocer la castración del Otro toma su tiempo. Es probable que para el tema que nos ocupa, implique decir ser esa farmacodependencia que como remedio frente a la insoportable castración del Otro, fué construida.

12. La satisfacción existe en el plano de la necesidad pero no existe en el plano del deseo. Si el sujeto depende de la droga para satisfacerse, encuentra en el objeto una satisfacción a una necesidad pero su deseo queda insatisfecho, porque la pulsión aspira a su insatisfacción, sólo contornea la falta y vuelve sobre sí misma, convirtiéndose al acto mismo de la repetición en una evidencia de lo insatisfactorio de esa realidad.
13. La farmacodependencia como significativa -quimificanta- encuentra su interpretación, a condición de ser -- articulada a otros significantes. En la situación analítica, el analizado inicia con una pregunta, que espera una respuesta del analista. Esta cuando tenga -- una posible idea de la respuesta, le enviará al analizado quién podrá tomarla como una primera respuesta o quizá como una nueva pregunta, que produzca otra asociación. Es así como de una asociación a otra, llegará un momento dado en que la farmacodependencia adquiere una significación en el existir de ese sujeto.
14. Una institución puede adquirir legalidad simbólica para el sujeto, en tanto tenga como efecto reducir la -- droga a lo que es: un residuo, un desecho; y tomar -- su lugar haciendo surgir las palabras que hacen falta.
Esas palabras, al contrario del lenguaje -que está ya constituido y que como analogía incluye al saber edípico o al saber psicoanalítico-, pretendería una creación; producir palabras verdaderas sobre el existir -- del sujeto como tal y no como a-dictor no dicho.
15. Por dístico, si la demanda es de saber -lo que al sujeto le pasa-, es psicoanalítico lacaniano; si de lo que se trata es quitar síntomas, responder a otras solicitudes y prescindir del deseo del sujeto, no lo es.

A N E X O

¿Cómo identificar la droga y
sus usuarios? CINEF. Méx. 1976.

NOMBRES POPULARES DE LAS SUSTANCIAS

Antetamínicos: Drogas: chochos, pastas, chocolates, pastillas, queso, dulces, - diablos, speed, acelerador, chacholucos, pastel, poses, - tabletas, píldoras, diabli-- tos, mandarinas, benzos, anfetos, whites, aceleros, si-- ción, aciditas, vitamina pa-- ra arriba, ups, venenas.

Usuarios: Pastillo, pastillero, pas-- tar, pastochas, pastelero, - chacholucos, chachero, anfi-- co, anfibio, benzadrino, cho-- colate, acelerado, pesado, - grifo, asiente, drogado, en-- endá, viajando, loco, staca-- do, pecheco, falkidrico, es-- tá pedadrín, pachol, refado, ups.

Cocaína Drogas: Coca, nieve, pericazo, coca-- cola, polvo, perico, teate, cocazo, doña blanca, pepsiola, azúcar, cocada, coco, -- talco, blanca nieve, azú-- car, glassis, nice, erponero, cucharazo, nose, chutazo, --

aliviare, alucine, acelerar,
narizaso, knife, pose.

Usuario: Coco, arponero, aliviado,
recato, pasado, cocacole, -
pericazo, cocainmano, cog
drilo, cocotero, coquera, -
cocal, tinaco, pariquero, -
pericazo, cotoso, inyerto,
ticato, torero, cuchara, --
anda para arriba, en onda,
anclado, chutazo, nieves, -
vicioso, drogado, chutado.

Mariguani:

Droga: moto, café, grifa, yerba, la
verde, juanita, mostaza, ag
ra, toque de la buena, cana
bia, pasta, meridiosa ver--
de, yerbabuena, mariguita -
yasca, gress, golden, Mary
Jane, oro verde, verdosa, -
yerba santa, yerba del dia
blo, recato, marfo, juana,
mary popins, marinola, pete
le, coffee, pot, joint, ---
oris, chester, jefferson, -
guato, huato, carrujo, car-
tucho, flauta, cáñamo, tro-
sadero, achicada, kris---
kres, órgano, chera, becha
mafufa, operato, ballerino,
chichera, güera, grilla, --
etc.

Usuario: grifo, marihuano, moto, pa-

sado, motorolo, sacizo, pacheco, en onda, safofo, drogado, atizado, tocado, alivianado, en viaje, al punto, tiza, crurado, tronada, colgado, yerbero, marimota, enyerbado, moreliano, cafetero, cafetal, verde, mosigón, yacco, quemador, quemado, quemar, quemando, talar, tostar, flamear, sizer, flamear, groovy, lírida, chido, pasado.

LSD, Mescalina,
Pilocibina

Droga: ácido, chochos, acolla, vigje, dulce, oranges, capsulas, sunshine, acaltunas, -bamba, acollido, gresca, azucar, terrones, blanco de españa, purula base, saturado, lluvia de estrellas, -trip, alucin white, nurelar, divino, elefante blanca, etc.

Uauerio: onda ácida, viajero, acollidona, chava ácido, acidoso, -chachero, astronauta, heavy, gresca, pastiloca, prendido, alucinado, etc.

Berbitóricos

Droga: Mandrax, ciclopaies, aconglas, chochos, pastas, psidrim, diablos, equeludes, -

mandarina, seasonal, equanil,
mejorales, eddicos, tacitín,
maberece, ortane, chocolate--
tas, quedas, downa, etc.

Usuaris: pastillo, anda down, queso,
mandra, quietudo, seco, pas-
tillero, pastelero, paste--
cho, chuchco, chocolate, --
diablo, pasado, apistinado,
para abajo, downera.

**Opio, Morfina,
Heroina, codeína**

Druga: tacata, arpdn, vieno, pol--
vo, heroína, perizaca, pol--
vo amargo, cristales, dama
blanca, papel, pasta, hel--
na, edornidora, ticata, pi--
quete, arponazo, banderi--
lla, chutazo, etc.

Usuaris: arponero, arponado, taca--
tes, banderillero, héros, -
heros, morfo, inyector, arpg
nda, ticato, gavilán, neva--
to, gomero, viajero, cura--
do, pedrecito, achicalado,
pschicado, yafonado, alina--
do, etc.

Inhalantes

Druga: Cemento, 3000, mono, chemo,
El 100, bolas, bate, etc.

Usuaris: chemo, cementero, pasado, -
acelerado, alucinado, etc.

X. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Centros de Integración Juvenil. Estudios de investigación epidemiológica realizados en Escuelas Secundarias del Distrito Federal. Departamento de Investigación. Mecanograma de circulación interna. México, --- 1983.
- (2) Hiller, J. A. Introducción a "variantes de la cura = tipo". Publicado en Umbrales del psicoanálisis. Seminario y Jornadas del campo freudiano en Barcelona, -- 1985. Quehacer del Psicoanálisis. Ediciones Manantial. Argentina, 1986. pp. 28-29.
- (3) Seal, F. El saber y la verdad. Publicado en El discurso del Psicoanálisis. Volúmen a cargo de Nester - Braunstein. Coloquios de la Fundación S. Siglo XXI Editores. México. 1986. pp.170.
- (4) Bulacio, J.B. Sobre la supervisión de un caso clínico = pp. Publicado en De la drogadicción. Contribuciones a la clínica. Paidós. Biblioteca de Psicología profunda. Argentina. 1986. pp.114.
- (5) Organización Mundial de la Salud: "Informe 17" del = Comité de expertos de la OMS en farmaco-dependencia". Serie de Informes Técnicos 437. Ginebra, Suiza, 1970.
- (6) Bicecci, M. Deuso de Freud y transmisión del Psicoanálisis. Publicado en El discurso del Psicoanálisis. - Volúmen a cargo de Nester Braunstein. Coloquios de la fundación S Siglo XXI editores. México, 1986. pp.170.
- (7) Drossard, J.P. De la interpretación y de la escucha. Publicado en la interpretación psicoanalítica. Volúmen =

mes a cargo de Nestor Braunstein. Coloquios de la Fundación S. Edit. Trillas. México, 1989. pp. 53.

- (8) Vera, D. E. Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Los -
Nuevos de un encuentro. Paidós. Biblioteca Nueva. -
Argentina. 1988. pp.48.
- (9) Vera, D. Op. Cit. 1988. pp.59-60.
- (10) García, S.F. En la ruta de la Onda Ed. Dilexión. Mé-
xico. 1974. pp.51.
- (11) Bulacio, J.B. Algunos aspectos de la experiencia al --
tratamiento y psicopatología de la drogadicción. Pu-
blicado en De la drogadicción. Contribuciones a la -
clínica. Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda.
Argentina. 1986. pp.61-72.
- (12) Farías, A. y Anghileri, A. En la búsqueda de perder -
el objeto. Publicado en Adicciones, institución y --
clínica. ABAE ediciones, Argentina. 1986. pp.33-34.
- (13) Centros de Integración Juvenil, A.C. Manual de servi-
cios terapéuticos conexos y de apoyo. Elaborado por
Patricia Reyes. Departamento de Tratamiento y Rehabi-
litación. Mecanograma de circulación interna. México
1980.
- (14) Reso. S. Los efectos psíquicos de los intoxicantes. -
1976. Publicado en Psicopatología de la conducta. Bi-
blioteca de Psicología profunda, Paidós, México, 1975
pp.41.
- (15) *Ibidem*. pág. 41.

- (16) Ly. H. Tratado de Psiquiatría. Ed. Leray Hason. Sa. - Edición. México, 1978. pp.366.
- (17) Fenichel. S. Adicción a las drogas. Publicado en la revista Psicoanalítica de las Neurosis. Paidós. México -- 1964. pp.424-429.
- (18) Rado, S. El psicoanálisis de la farmacología. Publicado en Psicoanálisis de la conducta. 3a. Edición. Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós. 1975. pp.74.
- (19) Freud, S. El sentido de los síntomas. Lecciones Introductorias al Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo II. pp.2262. 3a. Edición. Biblioteca Nueva. Madrid. 1975.
- (20) Frede, D.H. De mi padre no sé nada. Traducción Asunción Alvarez. 1982. Mecanograma aún publicar.
- (21) Freud, S. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). Obras Completas, Tomo II. pp.1300. 3a. Edición. Biblioteca Nueva Madrid. 1975.
- (22) Sachs, H. Sobre la génesis de las perversiones. Publicado en la revista Imago No. 3 Ed. Letra Viva. -- Buenos Aires. Julio 1977, pp. 17-18
- (23) Abraham, A. Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. (1908). Publicado en -- Psicoanálisis Clínico. Ed. Harad. Buenos Aires.1980 pp.66.
- (24) Freud, S. El malestar en la cultura. (1929). Obras - Completas, Tomo III. Biblioteca Nueva. 3a. Edición 1975. Madrid. pp. 326.

- (25) Rado, S. Op. Cit. 1932. pp.79.
- (26) Vera, O. L. Algunos elementos a propósito de una --
aproximación psicoanalítica a la farmacodependencia.
Artículo sin publicar.
- (27) Lacan, J. Seminario I. Citado por Hedesto Garrido --
en ¿por qué? ¿para qué? ¿cómo?. Publicado en la in-
terpretación Psicoanalítica. Volúmen a cargo de Rog-
io Braunstein. Coloquios de la fundación S. Edit.
Trillas. México. 1988. pp.63.
- (28) Braunstein, M.A. A-Dicción del narc. Revista Espacio
Analítico de Tucumán, Argentina. Vol. (4-5) de 1988.
pp.35-38.