PSYKHE
2006, Vol.15, Nº 1, 67-77

Copyright 2005 by Psykhe
ISSN 0717-0297

La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico?

Substance Addiction: Can a Psychoanalytical Approach be Effective?

Cristián López
Pontificia Universidad Católica de Chile

En este artículo se discute la posibilidad de usar una aproximación psicoanalítica para el tratamiento de pacientes con adicción. Los conceptos centrales de los llamados "clásicos" son analizados, discutiendo si la adicción puede ser considerada un síntoma psicoanalítico, una expresión de conflictos inconscientes. Se distinguen tres etapas en el proceso que lleva al desarrollo de una adicción. Se presenta el concepto de "rectificación subjetiva" de Lacan, con el fin de discutir el proceso de entrada a tratamiento desde una aproximación psicoanalítica. Se discute la necesidad de abstinencia. Se realiza una propuesta para establecer una aproximación técnicamente flexible a partir de la cual se puedan incluir las instancias y elementos terapéuticos requeridos sin renunciar al punto de vista psicoanalítico.

Palabras Clave: *adicción, psicoanálisis, abstinencia, tratamiento, motivación.*

This article discusses how possible it is to use a psychoanalytical approach to treat patients with drug addiction. Main concepts of the so called "classics" are analysed discussing if drug addiction can be considered a psychoanalytical sympton, an expression of unconscious conflicts. Three steps of the process leading to an addiction are distinguished. The concept of "subjective rectification" of Lacan is presented, aiming to discuss the entrance process to a treatment from a psychoanalytical point of view. The need of abstinence is discussed. A proposal is made to set a technically flexible approach, in order to include all the therapeutic instances and elements required without giving up a psychoanalytical point of view.

Keywords: *addiction, psychoanalysis, abstinence, treatment, motivation.*

En los últimos años, el consumo problemático de drogas y alcohol se ha ido transformando en un importante tópico de la salud mental, tanto en Chile como en el mundo, con repercusiones en los ámbitos legal, económico, cultural, político, etc. En la práctica clínica lo que se observa es una creciente consulta motivada por esta patología, ya sea como problema principal o como problema asociado a otros trastornos psíquicos (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Al hablar del tema del consumo de sustancias adictivas, es necesario distinguir entre el fenómeno del consumo de ellas, el fenómeno de la intoxicación y el fenómeno de la adicción. Las dinámicas, causas y consecuencias asociadas a cada uno de estos serán diferentes. Este artículo se centrará en el fenómeno de la adicción.

La adicción la podríamos caracterizar, en primer lugar, por lo que se podría llamar una "falta de control relativa" sobre la conducta del consumo de sustancias. La falta de control es "relativa" en el sentido de no ser continua, ya que el sujeto puede en la gran mayoría de los casos decidir no consumirla o consumirla en pequeñas cantidades. Sin embargo, al tomar un período de tiempo suficientemente largo, aunque muchas veces baste con un período breve, siempre vuelve a irrumpir, en algún momento dentro de este período, la compulsión a consumir la sustancia de la que se trate u otra que se consuma con fines de sustituirla, más allá de la libre voluntad del sujeto. La frecuencia y cantidad de sustancia consumida pueden variar mucho dependiendo de la persona y sus circunstancias de vida. Esto hace que para ser más precisos se haga necesario agregar el adjetivo de "relativa" a la pérdida de control, ya que prácticamente nunca queda sustraída en forma completa la capacidad de decisión del sujeto en este

Cristián Antolín López Acosta, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Cristián López Acosta, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago de Chile. E-mail: cristian@uc.cl

proceso. El sujeto "se encuentra" con una tendencia en sí mismo a consumir las sustancias, tendencia frente a la cual, por su parte, puede ejercer una capacidad de decisión. Sin embargo, será una decisión en el marco de un conflicto con esta tendencia con la que se encuentra. Esto tendrá implicancias importantes cuando revisemos un posible abordaje terapéutico. Por otra parte, es justamente esta "relatividad" la que puede constituirse en uno de los elementos que puede dificultar el diagnóstico a los profesionales de la salud y desconcertar enormemente a las personas que interactúan cotidianamente con la persona que ha desarrollado una adicción. En algunos momentos o períodos, el sujeto aparece frente a las personas que lo rodean como libre en su capacidad de tomar decisiones en relación con las sustancias; en otros, se hace evidente una clara pérdida de dominio en relación con ellas.

Una segunda característica de la adicción sería el que los distintos tipos de lo que se podría llamar "intereses" en la vida de la persona, pasan a quedar influidos de manera más o menos importante, por el vínculo del sujeto con la sustancia. La sustancia, como objeto, comienza a ocupar un sitial privilegiado en el psiquismo, lo que lleva a que la vida, a nivel conductual, cognitivo, emocional, relacional comience a "girar en torno" de la obtención de la sustancia, o la expectativa del placer asociado, o la generación de las condiciones para su consumo. Estas dos características están involucradas en cinco de los siete criterios definidos por el DSM-IV-TR para este "trastorno" (American Psychiatric Association, 2002). En la definición que encontramos allí, tanto el desarrollo de tolerancia, como el síndrome de abstinencia, criterios médicos tradicionalmente relevantes al momento de realizar el diagnóstico de adicción, ya no son considerados imprescindibles de estar presentes. Esto le quitaría importancia a la distinción de las categorías de dependencia psicológica y dependencia física. De todas formas, ésta última sigue presente con la alternativa diagnóstica de agregar en la categoría de dependencia una dependencia fisiológica, en la medida que se presentan el síndrome de abstinencia y el desarrollo de tolerancia. Es decir, se llega a la posibilidad de la existencia de una "dependencia de sustancias", sin dependencia fisiológica. Sin duda esto no implica un abandono de la idea de encontrar una base orgánica de las adicciones, sino más bien, la idea de encontrarla en el ámbito de la dinámica neurofisiológica, sólo muy inicialmente comprendida. El diagnóstico de adicción, entonces, depende principalmente de la identificación de estas características que aluden a la manera de relacionarse el sujeto con la sustancia, al lugar que ésta ocupa en su psiquismo.

Freud, los Clásicos del Psicoanálisis y los Desarrollos Post-Freudianos

Desde muy temprano en la historia del psicoanálisis, ha habido autores interesados en buscar un entendimiento y una forma de tratamiento de las adicciones. En Freud no existe un abordaje teórico de la adicción a sustancias. Sólo hay alusiones, que tienden a pensar la adicción como efecto de algo que sucede en el plano de la sexualidad. Es así como, en el primer período de su obra psicoanalítica, en una carta a Fliess de 1897 plantea que la adicción a sustancias químicas como el "alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc." (Freud, 1897, p. 314) serían simples sustitutos de la que llama la "adicción primordial", es decir, la masturbación (Freud, 1897). En un trabajo redactado dos meses después de esta carta, Freud vuelve a plantear esta idea diciendo que lo que hay a la base del desarrollo de una adicción a sustancias como la morfina, cocaína, clorhidrato, etc. es la falta de una vida sexual normal, ya que "los narcóticos están destinados a sustituir – de manera directa o mediante rodeos – el goce sexual faltante…" (Freud, 1898, p. 268). Algunos años después, en los "Tres ensayos de teoría sexual", relaciona lo que podría ser una "potente motivación intrínseca por beber" (Freud, 1905, p. 165) con una niñez en que el valor erógeno de la zona de los labios estuvo constitucionalmente reforzado. En este caso busca una causa en la historia psicosexual del sujeto que explicaría el sentido de la motivación por beber en exceso. De esta forma, oscila entre situarlo del lado de las llamadas "neurosis actuales", o entenderlo como producto de experiencias del pasado infantil, o sea situado en el campo de las "psiconeurosis". Esta diferencia en la ubicación del fenómeno tiene gran importancia terapéutica, ya que Freud reservaba el uso del método analítico para los síntomas asociados a elementos psiconeuróticos. Es interesante que a pesar de no ser objeto privilegiado de su método de tratamiento, Freud con los años no desestimó la categoría de "neurosis actuales" como parte importante del entendimiento psicoanalítico (Freud, 1925, 1926). Para Freud, un abordaje terapéutico en relación a una neurosis actual debe tomar en cuenta intervenciones que operen sobre conductas re-

lacionadas con la sexualidad del paciente que estarían sosteniendo los síntomas. En la medida que esto se acompañe de un nuevo encauzamiento de las energías sexuales, el éxito de la terapia se aseguraría (Freud, 1898).

Por otra parte, se puede encontrar una referencia que Freud hace al pasar y no con la intención de tratar el tema, que pone en tela de juicio esta relación entre sexualidad y adicción, marcando una diferencia cualitativa entre la forma de relacionarse del sujeto con el objeto sexual, y la forma de relacionarse con la sustancia química en el contexto de una adicción.

Freud (1912) señala:

> Prestemos oídos a las manifestaciones de nuestros grandes alcohólicos, Böcklin por ejemplo, acerca de su relación con el vino: suenan a la más pura armonía, el arquetipo de un matrimonio dichoso. ¿Por qué es tan diversa la relación del amante con su objeto sexual? (p.182)

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

Más adelante, en el "El malestar en la cultura", al preguntarse por la posibilidad de alcanzar la "felicidad" o evitar el dolor para el hombre y los obstáculos y recursos con los que el ser humano se encuentra en esta tarea, Freud hace una precisa referencia al uso de sustancias químicas a las que define como "el método más tosco, pero también el más eficaz" (Freud, 1930, p.77) al que se puede recurrir, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no percibir el displacer. Sin embargo, no hay una referencia a la adicción propiamente tal.

Entre los discípulos de Freud sí se encuentran intentos de hacer una teoría y ofrecer soluciones prácticas al problema de las adicciones. Héctor López realiza una revisión de los planteamientos en los clásicos del psicoanálisis, basado a su vez en las revisiones acerca del tema de R. M. Crowley, H. Rosenfeld, C. Yorke y J. L. Chaissaing, abarcando desde el artículo de K. Abraham "Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo", de 1908, hasta el artículo de H. Rosenfeld, "Sobre la adicción a las drogas", de 1960 (López, 2003). A partir de esta revisión se puede constatar que el tema de las adicciones causó gran interés en la década del '20 y comienzos de la década del '30, en autores como S. Ferenczi, H. Sachs, S. Rado, H. Simmel, E. Glover, O. Fenichel, para luego disminuir la producción de trabajos hasta finales de la década del '50. La experiencia de los autores incluye, como en el caso de H. Simmel, la estructuración de tratamientos para la adicción en instituciones orientadas especialmente a ese fin. Estos autores elaboran diversas teorías en relación al fenómeno de la adicción que van desde el énfasis en la fijación en una etapa oral (Abraham, 1959 citado en López, 2003), hasta la puesta en juego de la estructura maníaco-depresiva (Rosenfeld, 1960 citado en López, 2003). También se entiende a la adicción como un síntoma de conflictos neuróticos (por ejemplo la lucha con deseos homosexuales); ubicada en una estructura cercana a la perversión; como sustituto de la satisfacción sexual genital; como regresión a un "estadio gastrointestinal"; como tentativa de curación de anormalidades del psiquismo temprano; etc. (López, 2003).

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

De todas formas se puede distinguir algunas aproximaciones al fenómeno de las adicciones en las últimas tres décadas dentro del psicoanálisis. Khantzian (1985), que considera su trabajo como una ampliación de los trabajos de los psicólogos del Self, especialmente Kohut, plantea que las drogas serían una forma de aliviar el sufrimiento, teniendo un grado de especificidad en relación a los diferentes afectos. La opinión de Khantzian se vería confirmada por estudios prospectivo longitudinales (Kushner, Sher & Erickson, 1999 citado en Johnson, 1999).

Dodes (1990,1996 citado en Johnson, 1999), por su parte, relaciona la adicción con una vulnerabilidad narcisística a sentirse abrumado por experiencias de impotencia/indefensión, asociadas a una dificultad en la reafirmación del Self. Desde una perspectiva del objeto transicional, Wurmser (1995 citado en Johnson, 1999) describe el terror a la separación y considera la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva en parte como un intento de mantener una conexión con los objetos. Kernberg (1975) ha planteado la importancia de incluir la respuesta caracterológica del individuo a los efectos de la droga como una consideración importante en la evaluación del impacto de las drogas. Johnson (1993 citado en Johnson, 1999) plantea la hipótesis de que los niños que luego sufrirán adicciones no internalizarían la permanencia del objeto durante el período preedípico, teniendo así un temor específico a que sus impulsos agresivos se vuelvan aterrorizantes. Con esta concepción relaciona la adicción con los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas. Desde los desarrollos kleinianos, diversos autores han abordado la temática de las adicciones. Meltzer (1974 citado en Garzoli, 1996) plantearía algunas equivalencias clínicas entre perversiones y adicciones, lo que también intentaría H. Rosenfeld (1971 citado en Ríos & Ríos, 1996).

Desde el psicoanálisis (sin incluir los desarrollos basados en Lacan que se verán en el siguiente apartado), entonces, se puede encontrar la elaboración de diversas teorías a lo largo del tiempo con el fin de explicar lo que sucede en las adicciones. Si bien éstas son muy diversas dependiendo del punto de vista desde el cual se han fundamentado, todas ellas incluyen la hipótesis de algún tipo de mecanismo inconsciente actuando a la base de las adicciones. En algunas de las hipótesis este mecanismo psíquico está asociado a una estructura, planteándose acercamientos con la estructura perversa, o con la estructura borderline. La idea central general sería la existencia de una condición que pudiera llamarse "preadictiva". Es decir, los sujetos que desarrollan una adicción tendrían algo en común en su condición preadictiva, ya sea a nivel de estructura, de fijación a etapas pre-genitales, de contenidos de los conflictos inconscientes, etc., que podría explicar su relación particular con las sustancia químicas.

Lacan y la Definición de Droga

Mas allá de algunas referencias iniciales acerca del tema de las adicciones entre las cuales se encuentra la idea freudiana de dificultades en la etapa oral como base del fenómeno de la adicción (Lacan, 1977), Lacan hace su más conocida, aunque extremadamente breve, formulación en relación al tema de la droga en 1975, en una conferencia acerca de la importancia de los carteles en la Escuela. Allí, Lacan dice "la única definición que hay de la droga, y este es el motivo de su éxito, es que la droga es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el pequeño-pipí, el matrimonio del sujeto con el falo" (Tarrab, 2000a, p.87). Esta alusión de Lacan ha sido tomada por diversos autores, tanto para la elaboración teórica del fenómeno de la adicción como para pensar en sus implicancias terapéuticas.

Con esta frase Lacan estaría planteando el efecto de la droga en el psiquismo como lo que se podría llamar una "formación de ruptura" en lugar de una "formación de compromiso", clásica definición, esta última, del síntoma desde Freud (Laurent, 1997; López, 2003; Miller, 1995; Moreira, 2002; Sillitti, 2000). Esta idea de una ruptura con el falo se basa en los desarrollos teóricos de Lacan de la década del '50 sobre la noción de falo, desarrollos herederos del debate en torno a la noción de falicismo que ocupó a los psicoanalistas alrededor de los años 1920-30. En los seminarios IV y V, Lacan quiere resaltar la falta de objeto como constitutiva para el ser humano, retornando en este punto a las ideas de Freud. La noción de objeto falo implica la apertura de una dimensión imaginaria del objeto que lo hace distinto del pene y que lo enlaza a la falta como castración simbólica (Lacan, 1998). Esta imagen fálica se relacionaría con el efecto del plano simbólico de la paternidad a través de lo que llama la "metáfora paterna". Este desarrollo lo continúa en el año siguiente realizando una revisión del Edipo el cual considera marcado por tres tiempos (Lacan, 1999). Para Lacan el objeto imaginario y luego significante falo, es esencial para abrir paso al plano de la significación, definiéndolo como "el significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante" (Lacan, 1989b, pp. 669-670). Por lo tanto, la ruptura a la que alude Lacan es una ruptura con el plano de la significación. El surgimiento de la significación se enlaza a la ley instaurada a través de la metáfora paterna que a su vez tiene efectos en tres "tiempos" sobre el sujeto. En este sentido, el recurrir a la droga podríamos entenderlo como un intento de dejar de hacer el objeto inaccesible, enredado en representaciones simbólicas e imaginarias, y volverlo presente.

Definitivamente, esta forma de pensar el fenómeno, está sobre un eje distinto que el concebirlo desde la producción de formaciones del inconsciente, donde la significación pasa de un elemento a otro junto con encubrir una satisfacción sustitutiva.

Al ver el fenómeno desde el efecto que produce la droga sobre el aparato psíquico, y pensarlo como un efecto de salida de la dimensión del sentido, la perspectiva de Lacan apunta en una dirección distinta de la planteada por Freud y los clásicos, con excepción tal vez de ese pasaje ya aludido en Freud, que de todas formas está muy lejos de transformarse en una conceptualización del fenómeno. Ya no puede entenderse la relación con la sustancia como un síntoma de conflictos inconscientes o como sustituto de la relación con objetos sexuales anclados en alguna "fijación". Tampoco sería producto de una estructura con características particulares. Es más bien una respuesta distinta frente a la condición de sujeto del inconsciente, o del "parletre" como diría Lacan al final de su enseñanza y, por lo tanto, deja de necesitarse una condición pre-mórbida específica para entender su aparición. Se está, desde esta posición, más cerca de la visión que da Freud en "El malestar en la cultura", y estaría en una serie con la alusión antes indicada de la diferencia entre la relación con la sustancia y la relación con el objeto sexual que el mismo Freud planteaba en 1912.

El seguimiento de esta línea de pensamiento la podemos encontrar en Tarrab al darle a este recurso al consumo de drogas por parte del sujeto el status de "solución". Tarrab distingue tres posibles soluciones frente al problema de la falta estructural de goce y de la falta de ser del sujeto, ya que "el sujeto, que entra como muerto en el lenguaje, carece de sustancia" (Tarrab, 2000a, p.85). La de la droga sería lo que llama la solución del soma, en oposición a las soluciones fantasmática y del síntoma. La solución del soma implicaría, además, una huída frente al problema sexual. De esta manera, ya no se necesita un conflicto o mecanismo inconsciente específico que se manifestaría a través de la adicción. El recurso a las drogas deja de estar en el plano de la consecuencia y se traslada al plano de las respuestas del sujeto, lo cual, a su vez, lleva implicada la noción de responsabilidad. Se ha pasado del plano de la formación de compromiso, del inconsciente, al de la formación de ruptura. Planteándolo desde esta perspectiva, y teniendo en mente las consecuencias clínicas, no podría decirse que la capacidad de desarrollar una adicción es privilegio de una estructura clínica en particular. La adicción sería un fenómeno posible de encontrar en las diferentes estructuras.

Al dejar de ser una formación del inconsciente, dejar de ser un síntoma e intentar situarse fuera del plano del sentido, lo que se ha llamado la "operación toxicómana" (Tarrab, 2000b) plantea un problema de principio, a la técnica psicoanalítica, que desde su comienzo, desde la "talking cure" de la señorita Anna O. y Breuer, se instala como un método del libre asociar, del decir, y de las supuestas significaciones asociadas a ese decir. ¿Es posible abordar a un sujeto que ha desarrollado esta operación toxicómana con un método del decir? Esta parece ser la pregunta central a la hora de analizar un posible abordaje psicoterapéutico psicoanalítico del sujeto que ha desarrollado una adicción. Antes de intentar responder esta pregunta hace falta incorporar otro elemento a la discusión.

La Explicación en el Plano de lo Biológico

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

Tal como se veía en la introducción, lo que define lo que llamamos "adicción" es una "falta de control relativa" sobre el consumo y un girar de la vida psíquica en torno al consumo de la sustancia. Es decir, algo ocurre que el consumo de la sustancia se vuelve "compulsivo", deja de estar supeditado totalmente a la voluntad del sujeto. Esta característica es la que llevaba a H. Sachs, enfatizando "las fuerzas libidinosas que han sido separadas del yo" (Sachs, 1977 citado en López, 2003), a colocar a las adicciones en un eslabón intermedio entre las neurosis y las perversiones, siendo esta característica clínica nombrada lo que la sitúa como estando más cercana a la neurosis obsesiva. Es decir, enfatizaba el carácter de compulsión de la conducta y su convertirse en ajena al yo.

Esta "respuesta" a la situación de las faltas de goce y de ser, a la que se aludía en el apartado anterior, que se lleva a cabo recurriendo al consumo de sustancias químicas y que pretende una puesta en entredicho de los efectos de la metáfora paterna, es una respuesta que en algún momento se hace "forzada", no puede dejar de darse. Esta situación es parte constitutiva de la dinámica de la adicción y es de vital importancia clínica. De otra forma nos en-

contraríamos en el ámbito del uso o abuso de sustancias, pero no en la adicción. En la medida que se mantiene en el plano de una respuesta frente a la falta, el sujeto sigue en el plano de la opción, opción que podría catalogarse de ética, ya que tiene el fin de encontrar una solución al enfrentamiento con la "roca de base" (Freud, 1937, p. 253) de los complejos asociados a la castración, en términos freudianos. Sin embargo, esta capacidad de "opción", por cuestionable que pueda ser la libertad asociada a ella debido a los múltiples condicionamientos descubiertos por el mismo psicoanálisis, es la que parece desdibujarse en algún punto del camino del consumo de sustancias adictivas.

La explicación de esta relativa falta de control ya no parece encontrarse en la conceptualización de la ruptura con la significación fálica, ya que la búsqueda de esta ruptura no sería forzada en el sujeto. La explicación de ese paso, el paso a la compulsión, parece mucho más viable desde el plano de la biología. Si bien se reconoce estar lejos de una explicación satisfactoria, la investigación en el plano biológico ha llevado a la identificación de los llamados "circuitos de recompensa" que involucran distintas áreas del cerebro y que estarían asociados a la producción de sensaciones placenteras relacionadas con las conductas naturales. Es así como se intenta elaborar un mapa de los circuitos nerviosos en que se basa la experiencia del placer (Pinel, 2000), y se intenta determinar los cambios biológicos involucrados en los distintos planos.

Es decir, se estaría hablando de un cambio en procesos neurofisiológicos y en alguna medida en determinadas estructuras del sistema nervioso, producto del ingreso en forma suficientemente frecuente, masiva y sostenida en el tiempo de determinadas sustancias. Estas sustancias tienen características específicas, capaces de "desregular" el funcionamiento de determinadas vías nerviosas involucradas en los circuitos del placer. Habría que pensar este cambio como algo ajeno a la psique, que ocurre a nivel del organismo, con lo cual el sujeto se encuentra. Esto marcaría la diferencia con lo que ocurre en la respuesta inicial, no compulsiva, que podríamos considerar incluida de lleno en el ámbito del sujeto. Para dar cuenta de este cambio no es necesario recurrir al ejemplo animal, ampliamente investigado desde la perspectiva médica de las adicciones incluyendo la "estimulación intracraneal". Es suficiente con evocar la relación con la nicotina, que al no producir un efecto sobre la significación por no involucrar un cambio a nivel del estado de conciencia, sino simplemente producir como efecto la tendencia a no poder detener el consumo, deja entrever el fenómeno del que hablamos con mayor transparencia.

Al incorporar esta posibilidad de un salto de universo conceptual a nivel de la explicación del fenómeno, en realidad estamos descomponiendo el fenómeno mismo. Siguiendo este razonamiento podríamos distinguir, entonces, tres momentos en el proceso que puede llegar a conformarse como una relación adictiva con una sustancia. Un primer momento que implica un uso "no decidido" de ella, es decir, sin intentar situarlo a nivel de una respuesta a la existencia; un segundo momento en que el sujeto escoge el camino del recurrir a las sustancias como una respuesta a la falta estructural de goce y de la falta en ser del sujeto (esto con o sin problemas "objetivos" asociados al consumo). Este momento implica el tomar una "opción" por una de las soluciones antes mencionadas, en este caso, la del soma; un tercer momento en que el ingreso sostenido en el tiempo y con determinada intensidad provoca un cambio en el funcionamiento real del organismo, por fuera del ámbito de lo simbólico y lo imaginario, y que lleva a que se produzca la verdadera "falta relativa de control" que clínicamente habría que distinguir de algún grado de habituación posible de encontrar en el momento dos, pero que aún responde principalmente al plano subjetivo. Es importante recalcar que es, en general, este tercer tiempo el que coloca una gran dificultad en la "viabilidad" de la respuesta antes mencionada para la vida del sujeto, ya que la dificulta en términos prácticos, llevando a situaciones vitales que tienden a ser poco sustentables en el tiempo, si bien los resultados pueden ser muy heterogéneos dependiendo de múltiples factores.

En el primer momento, la relación con la sustancia no tendría ninguna significación crucial para la posición del sujeto. Podría estar asociada a diferentes contenidos, como el logro de cierto grado de placer, la identificación a través del uso de la sustancia con personas significativas, la incorporación a grupos de pares, etc. En el segundo tiempo, el recurrir a la sustancia tendría un sentido más claro, en la línea de un indicio de una ubicación subjetiva frente a la falta estructural de goce y a la falta de ser del sujeto. En este momento, el consumo de sustancias podría considerarse un síntoma, tanto en su dimensión de mensaje cifrado como de satisfacción sustitutiva. En el tercer tiempo se produciría una autonomía de este síntoma en relación a los conflictos inconscientes, debido al cambio producido en el

plano de lo biológico. La compulsión al consumo de la sustancia se explicaría por este cambio, que en la medida que lleva a la conducta del consumo lo sigue perpetuando. Esto la diferenciaría de las compulsiones como síntomas psiconeuróticos.

Este entendimiento del fenómeno implica una flexibilidad en la relación con los marcos conceptuales y conlleva implicancias directas para la reflexión sobre un abordaje terapéutico para este tipo de pacientes.

Sobre el Abordaje Terapéutico

El plantear el paso final en el desarrollo de una adicción como un paso a nivel de lo biológico, ¿implica que el tratamiento debería estar también en este plano? En rigor, sí, si existiera una forma de actuar sobre el organismo que permitiera modificar los procesos y estructuras que supuestamente han cambiado en el fenómeno de la adicción. Esto tendría que involucrar, además, la capacidad de detener el proceso que va desde el segundo al tercer momento, ya que de otra forma, el mero cambio biológico volvería al sujeto al momento dos y sería muy probable que con el tiempo volviera al tres, tal como lo hizo la primera vez. En la actualidad no existe ninguna de estas capacidades desde el punto de vista de la biología. El entendimiento desde la perspectiva biológica es muy parcial aún, y no es posible saber si algún día la situación será suficientemente distinta como para intervenir desde este plano. De todos modos, una intervención de este tipo, incluso suponiendo la posibilidad de prevenir el tercer tiempo, sólo permitiría volver atrás la "compulsión" al consumo. El recurrir a las sustancias seguiría siendo parte de una respuesta en el plano ético del sujeto, plano inalcanzable para una intervención desde lo material.

La experiencia clínica muestra que la forma de disminuir significativamente esta compulsión al consumo de la sustancia, efecto indeseado de la "solución vía soma", es la detención el ingreso de las sustancias al organismo, por un tiempo medianamente prolongado. Así arribamos a la muy controvertida noción de "abstinencia", término que muchas veces evoca el temor o la sospecha a estar entrando en el terreno de un tratamiento vía la represión al servicio del mantenimiento de las estructuras de poder social. A esta noción habría que intentar sustraerla de estas evocaciones, ya que se puede dar en contextos subjetivos y objetivos muy diversos. Esta detención del consumo es necesario entenderla, salvo casos extremos, como formando parte de una decisión del sujeto que tiene como fin generar las condiciones necesarias para producir una vuelta atrás de la compulsión propia del tercer tiempo. Sin embargo, este dejar de recurrir a las sustancias, junto con producir este cambio a nivel del organismo, implica también a nivel del sujeto, el impedimento de seguir dando la respuesta vía soma, quedando como alternativas, si seguimos el planteamiento de Tarrab, las soluciones del fantasma y del síntoma. Sin duda que esto llevará a un cambio de orden mayor en la relación del sujeto con las faltas que lo marcan. Al detenerse el recurso al intento de ruptura con el plano de la significación, el sujeto tendrá la posibilidad de quedar en entredicho nuevamente. De mantenerse en un mediano plazo, esto abre las puertas para una eventual reorganización a nivel de las respuestas del sujeto. No hay duda, y clínicamente es posible encontrarlo, que el sujeto, a partir de esta posibilidad, podrá aventurarse en una solución distinta o podrá confirmar y repetir su respuesta vía soma una vez más.

Esta situación es muy interesante clínicamente, ya que si no se produjera el efecto "compulsión" habría muy pocas razones para que un sujeto se cuestionara esta solución vía soma. Estaríamos, definitivamente ahora, en el mundo feliz de Huxley. El elemento que en la práctica clínica se convierte en un factor central al momento de comenzar algún tipo de tratamiento con un sujeto que ha desarrollado una adicción, es justamente el que su respuesta se le ha "escapado de las manos". Esto es lo que muchas veces ha llevado a reaccionar al medio (familiar, laboral) e intentar que el sujeto "se trate". La visión de este efecto indeseado, con consecuencias la mayoría de las veces altamente costosas en los distintos ámbitos, es lo que puede llegar a funcionar como un pivote que permita un cuestionamiento de la elección de solución por la que se ha optado. Esta visión, al menos a cierto nivel, coincide con lo que se ha llamado desde una perspectiva médica "conciencia de enfermedad", concepto por lo demás discutible. Este aspecto del problema es, a su vez, el elemento central en juego en diversos abordajes psicoterapéuticos no psicoanalíticos especialmente adaptados para el tratamiento de este tipo de pacientes, por ejemplo en la llamada "entrevista motivacional" (Miller & Rollnick, 1999), o en el enfoque cognitivo del tratamiento de las adicciones (Beck et al., 1999), así como en innumerables publicaciones que tienen el tema de la "motivación a tratamiento" de este tipo de pacientes como foco desde diversas perspectivas teóricas (Carpenter,

Miele & Hasin, 2002; Di Clemente, Bellino & Neavins, 1999; Downey, Rosengren & Donovan, 2001; Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002; Lizarraga & Ayarra, 2001).

J. A. Miller (1997), ha planteado esta toma de posición frente a una ubicación subjetiva previa como una "modalización" de la propia posición en relación a los dichos, poniendo en juego la distinción entre el enunciado y la enunciación. De esta forma está siguiendo los planteamientos de Lacan en relación a la "rectificación subjetiva" (Lacan, 1989a), necesaria como paso previo al ingreso de un paciente al método analítico propiamente tal. Esto se enmarcaría dentro de las llamadas "entrevistas preliminares", las cuales, a su vez, pueden considerarse una continuación de los planteamientos de Freud acerca de la necesidad de un "tratamiento de prueba" (Freud, 1913, 1932). Lacan plantea, en "La dirección de la cura y los principios de su poder" (Lacan, 1989a), que para la entrada en análisis sería necesario un proceso que va "de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia, y luego a la interpretación…" (Lacan, 1989a, p. 578.). Coloca como ejemplo el caso Dora de Freud, donde éste le muestra a la paciente que en ese mundo de su padre del cual se queja, "ella misma ha hecho más que participar en él, que se había convertido en su engranaje y que no hubiera podido proseguirse sin su complacencia" (Lacan, 1989a, p. 576). Para Lacan, con Dora, tal como con todos los pacientes en este proceso de rectificación subjetiva, no se trataría de adaptarla a la realidad, sino "de mostrarle que está demasiado bien adaptada, puesto que concurre a su fabricación." (Lacan, 1989a, p. 576). Siguiendo este razonamiento, diríamos que en el caso de un paciente que ha desarrollado una adicción, sería necesario que tomara una posición frente a la "realidad" de su compulsión a consumir la o las sustancias, "realidad" de su organismo, en la medida que aceptamos la explicación biológica para este tercer tiempo. De esta forma, la intervención sobre la conducta compulsiva del consumo de drogas queda colocada al inicio del tratamiento, lo que no significa en absoluto colocar la abstinencia como condición de éste. Se hace necesaria una des-identificación del sujeto con esta conducta compulsiva. Esto es lo que permite, de entrada, abrir el camino a una eventual puesta en duda de la solución vía soma a su posición como sujeto y a su relación con el goce.

J. A. Miller plantea que esta rectificación de las relaciones con lo real, desde una perspectiva de la enseñanza posterior de Lacan, habría que entenderla como un tratar de "introducir al paciente en una primera localización de su posición con relación a su dicho" (Miller, 1997, p. 63). El paciente tendría que tomar distancia con relación al dicho de manera de abrirse a la dimensión del decir, del sujeto como "caja vacía" (Miller, 1997, p.73). En el caso de un sujeto que ha desarrollado una adicción, el lograr esto iría estrechamente relacionado con una toma de posición frente a una realidad que está comprometiendo, entre otras cosas, su estado de conciencia, el que a su vez está influyendo sobre su decir. Desde este punto de vista, se puede plantear que la realización de este proceso, en un paciente que ha desarrollado una adicción, pudiera involucrar un período de tratamiento que, como parte de la rectificación subjetiva, lo llevara a tomar la decisión de detener el consumo, decisión que pudiera llevarse a cabo incluso en la primera entrevista. La detención del consumo entendida como una decisión se aleja inmediatamente de la idea de coerción, si bien podría pensarse que acerca a la de sugestión. El sujeto decidiría considerar su consumo de sustancias como algo por lo cual tiene que responder, algo de lo cual se hace responsable. En otro sentido, pero en la misma dirección, es que puede considerarse una decisión el entender un "error" como un "lapsus". En la medida que se lo considera un lapsus se debe responder por él. Para ello hace falta percibirlo y luego considerar que se está implicado de una u otra forma en él. Esta detención del consumo, por lo tanto, no habría que situarla desde un punto de vista del logro de un ideal, sino que desde la posibilidad de generar las condiciones para la entrada en un proceso analítico, tomando la posibilidad de dar una respuesta frente a la realidad de la adicción. No hay duda que los aspectos de coerción, tal como la búsqueda de un ideal, pueden hacerse parte de este proceso de maneras más o menos sutiles. Sin embargo, desde la perspectiva de abrir un cuestionamiento en el sujeto, es crucial el apartarse de ellos.

El considerar la decisión de detención del consumo desde esta perspectiva, no cierra la posibilidad de recurrir a elementos de tratamiento que van más allá de la palabra, a veces necesarios en pacientes en esta condición. Al contrario, la lógica de la rectificación subjetiva sería lo único que pudiera darle un sentido a elementos como la hospitalización, el uso de psicofármacos o el recurrir a apoyos de otros significativos en la realidad como parte de la decisión de abstinencia del paciente. Lo importante es que se realice desde el cambio de la relación

con lo real de parte del sujeto. El resultado de la incorporación de este tipo de intervenciones que involucran cambios en la realidad del paciente, está directamente relacionado con el lugar en que el sujeto se ha ubicado con respecto a su utilización. En la medida que su incorporación respete el proceso de toma de posición del sujeto pueden ser de gran utilidad.

Cuando Lacan plantea su concepto de rectificación subjetiva, dando como uno de los ejemplos al caso Dora, está hablando de una paciente que es llevada por su padre a consultar, a pesar de su renuencia a ello. Esta situación, la de un paciente "llevado" a consultar por otros es muy usual en el caso de pacientes que han desarrollado una adicción. Esto, por supuesto, coloca una dificultad adicional a la entrada en un proceso terapéutico. Se hace necesario no sólo pasar del dicho al decir, sino del hecho al dicho, del estar consumiendo la sustancia al ir a un lugar a decir… lo que sea, "consumo x y lo voy a seguir haciendo, ya que me hace bien y no me causa ningún daño" o "no es verdad, no consumo x" o "consumo x y no sé cómo detenerme, necesito que me ayuden" o "consumo x, pero lo realmente importante es mi situación matrimonial" o "consumo x porque estoy deprimido", o "consumo x pero quiero hablar de otra cosa", etc. Este primer paso, el tener un paciente presente, suele ser la primera dificultad. Son "terceros" los que en muchas ocasiones están solicitando la consulta. Estos "terceros" serán de vital importancia para que el paciente llegue a la consulta y eventualmente podrán jugar un rol fundamental en la toma de distancia con respecto a estos dichos iniciales del paciente. Es a raíz de esto que puede ser de gran relevancia el incluir intervenciones familiares en este primer período de consulta. La participación de personas significativas en la vida de la persona, en instancias terapéuticas diferenciadas de las entrevistas individuales, se podrá convertir en un factor que generará las condiciones para la facilitación de la rectificación de las relaciones con la realidad de parte del sujeto. Al igual que las otras intervenciones en la realidad del paciente, la inclusión de instancias familiares o de pareja sólo tendrán sentido en la medida que vayan en la dirección de facilitar un genuino cuestionamiento por parte del paciente, en el sentido de una vacilación de la certeza sobre la "solución" por la que ha optado.

Esta forma de abordaje configura un escenario en el cual se establece un delicado equilibrio entre un cuestionamiento externo y la posibilidad de un cuestionamiento por parte del propio sujeto con respecto a su modo de relacionarse con las sustancias. El ofrecerle una instancia terapéutica a este cuestionamiento externo, normalmente desde las relaciones familiares, no se constituye en la realización de una terapia familiar convencional, que estuviera guiada por la hipótesis de las relaciones familiares como explicando el surgimiento de la adicción en uno de los miembros del sistema. También desde este punto de vista teórico, habría que pensar la adicción como un síntoma "autónomo". El segundo tiempo del proceso de consumo de sustancias sí podría pensarse desde una perspectiva que intente explicar la conducta desde la interrelación de todos los elementos del sistema. En este sentido, sólo en el segundo tiempo podría considerarse la adicción como un síntoma, ya que, al llegar al tercer tiempo, se habría independizado de la conexión directa con las dinámicas relacionales del sistema en cuestión. Sin embargo, sí sería de vital importancia entender las dinámicas que facilitan el no cuestionamiento de la situación por parte del miembro que ha desarrollado la adicción, es decir, la temática que cae bajo la denominación de "codependencia". La experiencia clínica muestra que sin este cuestionamiento desde el exterior se hace muy poco probable, dado el anclaje biológico de la adicción, el que el cuestionamiento del sujeto pueda mantenerse lo suficiente en el tiempo como para permitir la apertura de una nueva respuesta subjetiva. Pareciera necesario, en muchos de los casos, un período de tiempo durante el cual este cuestionamiento externo sostiene parcialmente la decisión de detención del consumo del paciente, facilitándole el abandono de la solución vía soma.

En síntesis, se podría decir que desde una perspectiva psicoanalítica, no es posible dejar de lado la dimensión del sujeto del inconsciente en un abordaje terapéutico. Sin embargo, la adicción habría que entenderla no como un síntoma de procesos inconscientes o una condición pre-mórbida, como fue entendida durante mucho tiempo en el psicoanálisis, sino como un intento de solución al problema de las faltas de ser y de goce. Esta conceptualización sigue la alusión de Lacan sobre la ruptura con la significación fálica involucrada en el uso de las sustancias. Por otra parte, una adicción podría considerarse como el punto de llegada de un proceso conformado por tres tiempos, el tercero de los cuales se explicaría desde un punto de vista biológico. Terapéuticamente esto implicaría el paso del paciente por una primera etapa consistente en lograr que éste rectifique su relación con la "realidad" de la adicción,

tomando una posición distinta con respecto a ella. En algún momento, incluyendo la primera entrevista como alternativa, esto llevaría a la toma de una decisión de detener el consumo de las sustancias. Esta decisión podría involucrar en algunos casos, la incorporación de formas de intervención fuera del ámbito de la palabra (hospitalización, ayuda de terceros a través de "medidas de protección", uso de psicofármacos), siempre y cuando éstas se lleven a cabo en el contexto de una rectificación del paciente en su relación con lo real de la adicción. En el caso de que el paciente sea llevado a consultar por terceros, éstos podrían participar en instancias terapéuticas que busquen el objetivo de facilitar el inicio y mantenimiento de un cuestionamiento del sujeto en relación a su consumo de sustancias. Esto implica un abordaje familiar que inicialmente coloca el énfasis en el cambio de las dinámicas que permiten que la situación siga adelante, en lugar de pensar a estas como "causas" de la situación de adicción. Es decir, se plantea un abordaje con intervenciones que incluyen diversos elementos y que siguiendo una lógica psicoanalítica intentan darle consistencia teórica y técnica a la intervención.

Referencias

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (T. de Flores, J. Masana, E. Masana, J. Toro, J. Treserra & C. Udina, Trads.). Barcelona: Masson S.A.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (A. Rodríguez, Trad.). España: Editorial Paidós.

Carpenter, K., Miele, G. & Hasin, D. (2002). Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use? *Addictive Behaviors*, *27*, 207-225.

Di Clemente, Ph., Bellino, L. & Neavins, T. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health, 23,* 86-92.

Downey, L., Rosengren, D. & Donovan, M. (2001). Sources of motivation for abstinence. A replication analysis of the Reasons for Quitting Questionnaire. *Addictive Behaviors*, *26,* 79-89.

Florenzano, R. (2002). ¿Son tratables analíticamente las adicciones? *Revista Actualidad Psicológica*, Año 1, Nº 9, 2-3.

Freud, S. (1897). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1912). *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925). *Presentación autobiográfica*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1932). *34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Garzoli, E. (1996). La adicción de transferencia. Acerca del análisis de una paciente alcohólica. *Psicoanálisis, XVIII*(2), 237-257.

Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 47*(3), 791-815.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.

Khantzian, E. J. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1259-1264.

Lacan, J. (1977). *La familia*. Buenos Aires: Homo Sapiens.

Lacan, J. (1989a). *La dirección de la cura* (T. Segovia, Trad.). En Escritos 2. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966)

Lacan, J. (1989b). *La significación del falo* (T. Segovia, Trad.). En Escritos 2. México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabajo original publicado en 1966)

Lacan, J. (1998). *Seminario IV: La relación de objeto* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1994)

Lacan, J. (1999). *Seminario V: Las formaciones del inconsciente* (E. Berenguer, Trad.). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1998)

Laurent, E. (1997). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad II* (pp.15-28). Buenos Aires: Atuel.

Lincourt, P., Kuettel, T. & Bombardier, C. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandate clients. A pilot study. *Addictive Behaviors, 27,* 381-391.

Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). The motivational interview. *ANALES Sis San Navarra, 24,* (2), 43-53.

López, H. (2003). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos.* Buenos Aires: Editorial Lazos.

Miller, J. A. (1995). Para una investigación sobre el goce autoerótico. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad* (pp.13-21). Buenos Aires: Atuel.

Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional.* España: Editorial Paidós.

Moreira, D. (2002). Sobre la ingesta de alcohol. *Revista Actualidad Psicológica*, *Año 1, Nº 9,* 4-6.

Pinel, J. (2000). *Biopsicología*. New York: Prentice Hall.

Ríos, M. A. & Ríos, C. (1996). Organización narcisista, insinceridad y vacuidad en la adicción. *Psicoanálisis, XVIII*(2), 64-81.

Sillitti, D. (2000). La hora de la verdad. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 69-73). La Paz: Plural Editores.

Tarrab, M. (2000a). La substancia, el cuerpo y el goce toxicomaníaco. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 81-93). La Paz: Plural Editores.

Tarrab, M. (2000b). Una experiencia vacía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Más allá de las drogas* (pp.119-125). La Paz: Plural Editores.

Fecha de recepción: Abril de 2005.
Fecha de aceptación: Marzo de 2006.