

INICIO DEL TRATAMIENTO: POSIBILIDADES Y OBSTÁCULOS EN PACIENTES QUE CONSUMEN SUSTANCIAS TÓXICAS

STARTING TREATMENT: POSSIBILITIES AND OBSTACLES IN PATIENTS WHO USE TOXIC SUBSTANCES

ELODIA ELISABETH GRANADOS

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
eligranados@nysnet.com.ar

MARÍA MERCEDES CABAÑA

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
cabanamercedes@gmail.com

MARINA LILIAN LEIVA

Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua Mendoza, Argentina.
marinale_86@hotmail.com

Recibido: 10-04-2013. **Aceptado:** 20-07-2013.

Resumen: Desde el campo de la salud mental se considera la “no adherencia”, en sujetos que presentan adicciones, como el obstáculo para el tratamiento. En el psicoanálisis se propone como alternativa a este término el concepto de “transferencia”. El eje de la investigación es contribuir a la detección de obstáculos y posibilidades en los inicios de un tratamiento en sujetos que consumen sustancias tóxicas. El procedimiento metodológico implicó el rastreo teórico sobre toxicomanías e inicio del tratamiento desde Freud y Lacan. Los conceptos teóricos fueron articulados con el material de entrevistas a dos sujetos en tratamiento. Esto permitió construir dos casos: en “Posibilidades en un tratamiento”, el paciente logró implicarse subjetivamente, produciéndose una mejora sintomática y una elaboración analítica. En “Obstáculos en un tratamiento” se pudo extraer que la continuidad del mismo está operando a partir de la ligazón del paciente a la cura, no presentándose rectificación subjetiva ni transferencia analítica. La hipótesis planteada es susceptible de ser confirmada: las dificultades en el establecimiento de la transferencia analítica son un obstáculo en la consecución del tratamiento. Sin embargo, existen dispositivos institucionales que favorecen el cese del consumo y la continuidad del tratamiento.

Palabras clave: Freud, Lacan, psicoanálisis, toxicomanías, tratamiento psicológico.

Abstract: Mental health speaking the “non-adherence” is considered an obstacle for the treatment of people suffering addictions impediments. The psychoanalysis is proposed as an alternative of that term, the idea of “transference”. The research shaft is contributing to the detection of impediments and possibilities at the beginning of a treatment for subjects who consume toxic substances. The methodological process took the tracing of drug addictions and beginnings of the treatment from Freud and Lacan. The theoretical concepts were articulated with de contents of two interviews with subjects treated. Two cases were constructed: at “Possibilities during a treatment”, the patient managed to engage subjectively, producing a symptomatic improvement and an analytic processing. At “Obstacles in a treatment” was able to show that a treatment continuing depends on the linkage between the patient and the cure, neither appearing subjective rectification nor analytic transference. The hypothesis raised is susceptible to be confirmed: the difficulties at analytic transference are an obstacle during the treatment. However there are institutions devices that favor de consumer cessation and the treatment continuity.

Keywords: Drug Addictions, Freud, Lacan, Psychoanalysis, Psychological treatment.

1. Introducción

EN LA LITERATURA CIENTÍFICA, es un hecho constatable la no consecución del tratamiento en sujetos toxicómanos. Desde el campo de la salud mental se considera la “no adherencia” típica, en los sujetos con adicciones, como el gran obstáculo para el tratamiento.

Desde un abordaje psicoanalítico, Mello, Bullamash Stoll y Kato (2011) proponen como alternativa al término “adhesión al tratamiento” el concepto psicoanalítico de “transferencia”. Los autores, cuestionando la idea de que la “no adhesión” sea la dificultad, sostienen la tesis de que el gran obstáculo al tratamiento es la inexistencia de la transferencia. El concepto psicoanalítico de transferencia pone de relieve la relación particular que el sujeto establece con sus objetos y, más específicamente, implica el poder incluir al médico dentro de las series psíquicas que el sujeto ha ido formando hasta el momento, a partir de los “clisés” originados en el Edipo (Freud, 1986b).

Freud (1973c) señala que el primer fin del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Lo que implica generar las condiciones para la puesta en marcha del dispositivo analítico dando lugar al establecimiento de la transferencia. Siendo condiciones necesarias en un tratamiento que el sujeto se ligue a la cura y la persona del médico, nos interrogamos sobre la particularidad de esa ligazón en pacientes que están realizando un tratamiento por sus adicciones. Específicamente nos interesa indagar las posibilidades y los obstáculos que se presentan en los inicios de un tratamiento.

2. Referencias psicoanalíticas sobre la adicción

Las referencias encontradas en Freud se circunscriben fundamentalmente a dos conceptos centrales: intoxicación y adicción. En la Carta 79, dicho autor menciona aquello que se considera su tesis sobre la adicción: “Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar «adicción primordial», y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.)” (Freud, 1986: 314). Esta “adicción primordial”, la masturbación (onanismo), sería la primera forma de adicción de la cual las demás adicciones surgen como sustitutas de esta primera. Freud explica que la masturbación en un principio tiene un carácter puramente autoerótico y que solo luego, en un segundo momento, aparece la fantasía que promueve el acto masturbatorio. La adicción es ubicada por Freud como sustituto de esa masturbación primera, planteando, por lo tanto, una ecuación entre adicción y autoerotismo.

Es en el texto *El malestar en la civilización* donde Freud (1930) se extiende en sus desarrollos sobre la intoxicación. Allí indica que la vida nos es impuesta con hartos dolores, desengaños, tareas insolubles, y que, frente a ello, los seres humanos desean alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y, más aún, mantenerla. De manera que exigen de la vida la ausencia de dolor y de displacer, buscan la “dicha” y, como afirma el autor, esta última se encuentra al vivenciar intensos sentimientos de placer.

En relación a este propósito buscado en la vida frente al malestar en la civilización, Freud menciona que nosotros, los seres humanos, “para soportarla, no podemos prescindir de calmantes”. Y luego afirma de estos “calmantes” que: “los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas.” (Freud, 1973b: 3024). Estas últimas, las sustancias embriagadoras, tienen la particularidad de influir directamente sobre nuestro cuerpo, “alteran su quimismo”. Es así que Freud acentúa aquellos métodos que influyen sobre el propio organismo, señalando que todo sufrimiento que estos métodos eluden, es sólo sensación; el sufrimiento persiste mientras no lo sentimos por medio de nuestro organismo. De esta forma, mientras “no sentimos”, no experimentamos displacer:

El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su me-

canismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. (Freud, 1973b: 3026).

Presentando de esta forma a la intoxicación como un modo, entre otros, de arreglársela con el malestar. Asimismo, Freud manifiesta que esta ganancia inmediata de placer trae consigo su carácter peligroso y dañino, puesto que con la “(...) ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio (...)” (Freud, 1973b: 3026). Esta cuota de independencia, como la llama Freud, profundamente anhelada por los seres humanos respecto del mundo exterior, del otro semejante, de la alteridad, brinda las mejores “sensaciones” pero posee su carácter nocivo para el sujeto. Es decir, el momento de “intoxicación” implica rehusar del mundo exterior.

En la obra de Lacan es posible localizar dos momentos conceptuales en torno a las toxicomanías: en el primer periodo de su enseñanza, las referencias dadas sobre la droga acentúan el borramiento del saber, del inconsciente, de la articulación de lenguaje; siendo la intoxicación una respuesta no sintomática que intenta anular la división subjetiva caracterizada por un no querer saber nada del inconsciente. A partir de los años de 1970, será el borramiento del goce sexual, la ruptura, la separación con el goce fálico, lo que posibilita ubicar el objeto droga como cierto tipo de partenaire que da cuenta de la relación del sujeto moderno con el objeto de consumo.

Esta última referencia acentúa la función del objeto droga frente al problema sexual, y es enunciada en las jornadas de carteles (1975b): “(...) el triunfo de la droga, por ejemplo, no puede definirse de otra manera: es eso que permite romper el casamiento con el pequeño hace pi pi”. Es una tesis de la ruptura con el falo, es decir, que se trataría de la obtención de un goce que, en la medida en que no está regulado por la instancia fálica, rehúsa el pasaje de la relación al Otro. En el encuentro sexual es necesario que el órgano se transforme en instrumento, sea tomado por el significante y en tanto el falo es el significante que nombra lo que no hay, el goce fálico implica pagar la pequeña diferencia para acceder a la relación al Otro sexo. “*La droga permite romper el matrimonio*”, se convierte en un partenaire con el cual no es necesario pagar la pequeña diferencia (la castración).

Por eso, más que un tóxico se trata de la función que el tóxico tiene en el sujeto. Puede tratarse de un objeto cualquiera, que se llamará objeto

droga, por el cual el sujeto goza. Este objeto cualquiera refiere al objeto contingente de la pulsión.

La droga cumple la función de dejar de lado al deseo, deja apartada la división del sujeto en la búsqueda de un goce ilimitado, goce toxicómano que no está medido por el falo, por la atribución fálica. Por otro lado, la droga no posibilita el lazo con el Otro, el toxicómano no quiere saber nada del Otro. Por ende, la ruptura de la función del falo es no poder poner medida a las cosas, y es así que se puede pensar los diferentes usos de la droga en cada sujeto.

Es por ello que en la presente investigación buscamos acercarnos a los efectos de ese goce no regulado, de ese goce que prescinde del Otro, en los comienzos de un tratamiento. Buscamos delimitar las particularidades de la transferencia en sujetos, donde la droga es el principal partenaire sexual.

3. Inicio del tratamiento psicoanalítico y sujetos que consumen sustancias tóxicas

Para la iniciación de un tratamiento psicoanalítico, Freud (1973c) señala en “La iniciación del tratamiento”, la consideración de ciertas reglas en los momentos preliminares del análisis (periodo de prueba) para asegurarnos la consecución de una cura. Este periodo no implica solamente la elaboración de un diagnóstico sino que es preciso ligar al paciente a la cura y al analista: “El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura, y a la persona del médico” (Freud, 1973b: 1672). En el mismo destaca, a partir de la analogía con el juego de ajedrez, que sólo el comienzo y el final de la partida presentan una lógica predeterminada. De lo que se desprende que, la finalidad, la dirección de la cura ha de estar desde el comienzo.

Lacan formaliza el inicio del tratamiento y es a partir de la noción de entrevistas iniciales propuestas por Freud, que él desarrolla el concepto de umbral de análisis. En “Las Conferencias a las Universidades Norteamericanas” (1975), enuncia: “Se trata de hacerlos entrar por la puerta, de que el análisis sea un umbral, que halla para ellos una verdadera demanda. Esta demanda, ¿Qué es eso de lo que quieren ser desembarazados? Un Síntoma.” (Lacan, 1975b: 20). Se trata de hacer entrar por la puerta; el umbral del análisis se franquea cuando hay verdadera demanda de análisis, lo que implica un acto de transformación del paciente a la posición de analizante. Movimiento que requerirá de tiempos lógicos, donde el trabajo analítico previo a la entrada, es conceptualizado por Lacan como entrevistas preli-

minares. Más allá de las variantes en las que puede presentarse el inicio de un tratamiento, siempre estará marcado por una estructura determinada por la transferencia. Así, en “La proposición a los analistas de la escuela” (1967), mathematiza en un algoritmo, la lógica de las entradas en análisis.

No hay posibilidad de efectuar una cura que no sea bajo transferencia y la transferencia hay que sostenerla, soportarla. La puesta en forma del algoritmo de la transferencia es que haya un significante por el cual alguien se haga una pregunta, aquella pregunta que más lo represente en su posición subjetiva, en su sufrimiento. En ese momento, ese significante deviene en síntoma. El síntoma es la respuesta enigmática a la pregunta ¿qué quiere decir eso que me pasa? Esta interrogación a destacar en las entrevistas premilitares debe implicar ya una división subjetiva. En la persona que la emite implica ya una división entre el saber y el no saber; entre el dolor y la suposición de que haya un saber que pueda calmarlo.

El analista demora el inicio del análisis hasta poder avalar y autorizar la demanda según razones bien precisas, para así poder poner a trabajar un saber que no está adquirido ni pertenece al analista, sino que habrá que producir y será el paciente el que también pacientemente deberá hacer existir a partir de su inconsciente.

El analista busca causar un trabajo con el saber para que el analizante llegue a extraer de allí el goce enquistado en el significante, responsabilizándose del mismo. Se trata de que se produzca en los analizantes potenciales, una demanda de verdad; solo allí será posible un tratamiento.

Las elaboraciones de Lacan sobre el dispositivo de las entrevistas preliminares, posibilitan delimitar ese tiempo donde aún no está establecida la transferencia, y que se circunscriben a lo que Freud enunció como la ligazón del paciente a la cura, donde uno de los principales efectos a producirse es la *Rectificación Subjetiva*, rectificación que conlleva la emergencia del sujeto dividido. Este es el momento donde se logra la histerización del discurso del paciente pudiendo localizar subjetivamente su padecer. Consideramos que en este tiempo previo es donde podemos ubicar la indicación freudiana de ligar el paciente a la cura. Al respecto (Naparstek, 2010) señala ciertas dificultades encontradas en el tratamiento en sujetos adictos: el toxicómano no le encuentra sentido a lo que hace mas allá de que le da cierta satisfacción, esto es, no hay un saber por qué lo hace y es allí donde el analista interviene dirigiendo hacia la causa, hacia la función que el tóxico cumple en ese sujeto, buscando algún nivel de implicación subjetiva en lo que hace.

A partir de los aportes de Naparstek (2010) y Miller (2005), al campo de la clínica con sujetos que consumen sustancias tóxicas, podemos extraer algunos puntos orientadores, en ese momento inicial:

Favorecer la instalación del dispositivo analítico:

- Localización subjetiva: lo que implica tomar lo que el paciente dice, localizar el decir del paciente e interrogar la posición que él toma frente a su decir.
- Localizar la función del tóxico, función significante de la droga, esto es saber qué consume y para qué lo hace.
- Favorecer la precipitación de una demanda de verdad; un querer saber de eso que no sabe.

Efectuar un diagnóstico:

- Escuchar al paciente antes de intervenir, es decir elaborar un diagnóstico, no sólo estructural sino también de la posición sexuada que el paciente tiene.
- Detectar el momento de encuentro con el tóxico, su iniciación y sus consecuencias.

4. Clínica psicoanalítica: Transferencia en sujetos que consumen sustancias tóxicas:

¿Cuándo empezar el tratamiento? “Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia aprovechable, un rapport en toda regla con nosotros.” (Freud, 1973b: 1672), en otras palabras, *“ligar el paciente a la persona del médico”*. Ahora bien, para que ello acontezca, para que la transferencia pueda establecerse, deberá producirse en el dispositivo preliminar algunos efectos, producto de la intervención del analista.

En Lacan hemos delimitado dos momentos en torno al concepto de transferencia. En una primera instancia, en “Intervención sobre la transferencia” (1975a) escribe: “El psicoanálisis es una experiencia dialéctica, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia”. (Lacan, 1975a: 205)

Lacan se sirve, “se ilumina” con el arte dialéctico o arte del diálogo para aproximarse a la naturaleza de la transferencia:

La transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vista a la ortodramatización de la subjetividad del paciente. (Lacan, 1975a: 215)

Presentando a la transferencia como un indicador de los errores, así como también una orientación del analista en el curso de un análisis, como un valor que llama al orden en la función analítica. De esta manera, en este texto podemos obtener una primera aproximación a la función de la transferencia en el análisis.

En un momento posterior, en el Seminario 11, encontramos que Lacan (1984) ya no la conceptualiza en términos de dialéctica. En este texto aborda la transferencia con el objeto de proponerla como un concepto fundamental. Comienza demarcando dos de los usos del término: en un sentido común se la representa como un afecto, calificándola de positiva o negativa y desde otro uso se la ubica como aquello que estructura las relaciones entre analizante y analista. Explicita que no podemos contentarnos con el uso semántico del término sino que es necesario aproximarnos al concepto de transferencia: “Este concepto está determinado por la función que tiene en una praxis” (Lacan, 1984: 130). Y ¿cuál es ella?, ¿cuál es la función de la transferencia en la experiencia analítica?

Ya Freud había formulado:

Cuando en la materia del complejo (en el contenido del complejo) hay algo que se presta a ser transferido a la persona del médico se establece en el acto esta transferencia, produciéndose la asociación inmediata y anunciándose con los signos de una resistencia; (...) (Freud, 1973b: 1650).

En este párrafo Freud indica que la transferencia es esencialmente resistente. En este punto de partida podemos detenernos para pensar su función: algo se transfiere al analista y algo resiste. Lacan argumenta: “Lejos de ser el momento de la trasmisión de poderes al inconsciente, la transferencia es al contrario su cierre” (Lacan, 1984: 130).

Es claro que ese momento precipitará en función de la estrategia operada por el analista, en ese tiempo previo de entrevistas preliminares, tiempo en donde cabe recordar la indicación freudiana: “el primer motor de la terapia está en la dolencia del enfermo y en el deseo de curación por ella generado (...) Pero la energía misma ha de ser conservada hasta el final del tratamiento” (Freud, 1973b: 1674), lo que implica que, en alguna medida, la dolencia y el deseo deben permanecer. Y es por esto que es necesaria la transferencia para el desarrollo de un análisis, es necesario que el sufrimiento sea puesto en el análisis y quede ligado al analista.

Específicamente en el tratamiento de las toxicomanías, Naparstek plantea que unas de las dificultades para el establecimiento de la transferencia, la constituye la modalidad de goce del sujeto. En este sentido, destacando que en las toxicomanías se trata de un goce autoerótico, el obstáculo que

presenta el toxicómano es hacer entrar en el campo del Otro, su propia satisfacción, indica que: “si tenemos que pensar un goce propio de la toxicomanía, se trata de un goce autoerótico. Si hay algo a lo que se resiste el toxicómano es a hacer entrar en el campo del Otro su propia satisfacción (...)” (Naparstek, 2010: 47). Señala que en el fenómeno toxicómano es la modalidad de goce la que introduce la resistencia a ligarse a otro objeto o al mismo, pero de diferente manera.

Y si en la transferencia es necesario que la modalidad de satisfacción del sujeto se ponga en juego en un análisis, el primer obstáculo a vencer es ese, es allí donde cobra peso la indicación freudiana: “El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura, y a la persona del médico” (Freud: 1973b: 1672), y desde allí que conjeturamos que uno de los obstáculos en la iniciación del tratamiento, en sujetos que consumen sustancias, lo constituyen las dificultades en el establecimiento de la transferencia.

Nos propusimos identificar los principales obstáculos y posibilidades en la iniciación del tratamiento, en dos sujetos consumidores de sustancias tóxicas.

5. Metodología

Se efectuó un estudio de caso (Neiman y Quaranta, 2006). El lugar de la teoría se constituyó en un momento central, en tanto que la teoría fue articulada con los relatos de los pacientes, y elaborada activamente por los investigadores. Se efectuó un recorrido bibliográfico delimitando las principales referencias teóricas que Freud y Lacan elaboraron sobre la adicción, la intoxicación y la droga, y se demarcó conceptualmente el Inicio del tratamiento desde la teoría psicoanalítica.

Los conceptos teóricos fueron articulados con el material proveniente de entrevistas efectuadas a dos sujetos que se encontraban en tratamiento en un centro preventivo asistencial de la ciudad de Mendoza. Según Stake (1999), el estudio de caso es el estudio de la particularidad, no de la generalidad, y de la complejidad de un caso singular, donde el tema y el planteo del problema de investigación resultan centrales.

Se partió del relato que el paciente ofrecía de su experiencia de tratamiento. De lo que allí pudo leerse, en su articulación a los elementos conceptuales delimitados sobre el inicio del tratamiento, y en función de los objetivos planteados en la presente investigación, se construyeron los casos.

La muestra con la que se trabajó se circunscribe a la noción de “muestra significativa” (Zukerfeld, 2009), que no representa a una población pero que produce conocimientos, en la medida que posibilita generar hipótesis que

intensifique el acercamiento a los factores que obstaculizan o que posibilitan el tratamiento, en sujetos que consumen sustancias tóxicas.

Para acceder al campo, se procedió a la Inscripción de la investigación en el RePRIS (registro provincial de investigaciones en salud). Luego del envío del protocolo de investigación al CEIS (comité de ética e investigación en salud) y su aprobación, se contacto a los profesionales de un centro preventivo y asistencial de la ciudad de Mendoza, donde una vez establecidas los criterios de selección de sujetos, se contactó a los mismos para la toma de las entrevistas. Las mismas se realizaron en un consultorio de centro asistencial, fueron grabadas y posteriormente desgravadas para su análisis.

6. Resultados

6.1. *Relatos de las entrevistas*

Los sujetos entrevistados, se encontraban realizando tratamiento en un centro preventivo y asistencial de la ciudad de Mendoza. En ambos el tiempo de tratamiento al momento de la entrevista era de alrededor de 1 año y medio. Se trata del consumo de alcohol (caso I) y consumo de cocaína (caso II). El tiempo de consumo ha sido caso I: 13 años (con periodos de abstinencia), caso II: 10 años. Ambos sujetos adultos.

Se presentan a continuación los fragmentos más significativos de las entrevistas:

—¿Por qué hace tratamiento?

Sujeto I: “Soy ex alcohólico”

“Yo soy una persona que consumía mucho alcohol, soy ex alcohólico”.

Sujeto II: “Siempre fui muy dependiente”. “Para salir, o sea, de mi adicción, porque hace ya 21 meses que la dejé y porque necesito todavía, no estoy segura en algunas cosas, me cuesta mucho, eh, tener eh, digamos afrontar las cosas sola porque siempre fui muy dependiente de eh, primero de mi hermana, después de mi ex marido”.

Respecto al motivo por el cual hacen tratamiento actualmente, se puede apreciar que:

En el sujeto I, al definirse el sujeto como ex alcohólico, se presenta portando una identidad, dando cuenta de la prótesis identificatoria que le aporta el tóxico.

En el sujeto II, la dependencia es la carta de presentación, que pone en evidencia el hilo que la enlaza a la adicción. Se define como dependiente, con un importante nivel de implicación en su malestar y en su decisión de efectuar el tratamiento.

—Momento de encuentro con el tóxico

Sujeto I: “me falta mi padre”. “Del momento en que me falta mi padre, yo como que me agarro una depresión bastante notoria, y es cuando empiezo a consumir”. “Ósea que yo ya venía con una tendencia marcada con el alcohol, hasta que se agudizo con el fallecimiento de mi padre.”

—Función del tóxico: “me calma”.

Sujeto II: “Para acompañarlo a él”. “Por curiosidad y por acompañarlo (...) porque si no él se iba a consumir a la calle”. “Estaba anestesiada”. ¿Para qué anestesiada? “Para acompañarlo a él, para estar con él porque si no pensaba que él no quería estar conmigo”. Función del tóxico: “anestesiarme”.

En los sujetos I y II grafican el recurso al tóxico frente al malestar; ya Freud enunciada que: “para soportarla, no podemos prescindir de calmantes”, indicando que frente a la “falta”, configurada en la relación al padre, o a la pareja, el sujeto busca no sentir.

—¿Qué hace que sostenga el tratamiento?

Sujeto I: “Tomo la pastilla y me calma”. “La suerte de encontrarme con gente que me sigue ayudando, que me está ayudando. Estoy seguro que me van a seguir ayudando”. “Ahora estoy perfectamente medicado, como corresponde. Me están dando una pastilla que me hace el efecto como si hubiera tomado una damajuana de vino. O sea, tomo la pastilla y me calma, me quita la ansiedad de consumir.”

Sujeto II: “Todo depende de mí”. “Lo más importante para mí era terminar la escuela, ehh, estoy tratando”. “Me hace bien, porque me hace razonar, porque me hace darme cuenta de algunas cosas que me planteo y que con una sola palabra de la doctora o de la licenciada, me da vuelta la cabeza y me hace razonar”. “Beneficios muchísimos, muchísimos (...), sí se me abrió mucho la cabeza, se me abrió mucho el panorama para decir sí, tengo yo ser las herramientas, yo ser la persona que tiene que aceptar tal o cual cosa. Todo depende de mí.”

Una constante que se presenta en los dos sujetos, a la hora de expresar los factores que hacen que sostengan el tratamiento, es el de recibir la ayuda que necesitan. Pudiendo apreciarse que en los dos pacientes hay una “ligazón del paciente a la cura”, la particularidad de esa ligazón puede apreciarse en que mientras en el Sujeto I ocupa un lugar prominente la ayuda social y médica, logrando el cese del consumo y una mejor inserción social, en el Sujeto II son los logros alcanzados en la esfera psicológica los aspectos más destacados, poniendo en evidencia componentes transferenciales que posibilitan continuar con el tratamiento.

—¿Qué beneficios ha obtenido del tratamiento actual?

Sujeto I: “Acá he encontrado un lugar de contención”. “Entonces para mí ha sido una suerte (...) Psicológicamente perfecto. Me ha ayudado bastante, a la Lic. no le oculto totalmente nada. Yo le cuento (...)”. “Esto me ayuda, me desahoga”. “Acá he encontrado un lugar de contención”. “De todo, por ejemplo la medicación. Acá he encontrado un lugar de contención”. “Encontrarme con psiquiatras, psicólogos, asistentes social, que me han dado una mano”.

Sujeto II: “Me enseñaron a tenerme más en cuenta”. “Me enseñaron a tenerme más en cuenta, a tenerme, a darme más valor, a valorarme yo más. Y bueno, y sigo acá porque es como mi cable a tierra, me ayuda muchísimo, me ayuda muchísimo”.

El sujeto I: destaca la contención brindada por el equipo asistencial como el mayor beneficio del tratamiento. El sujeto II: prioriza el tratamiento psicológico y sus efectos como el gran beneficio.

—Si ha realizado tratamiento con antelación: ¿cuál es la diferencia entre el anterior y el actual? ¿Qué obstáculos ha visualizado?

Sujeto I: “Este ha sido un tratamiento casi voluntario mío”. “Hay diferencia. Lo demás tratamientos fueron como un poco como obligado a hacerlo... Que vengo porque me gusta, porque se siento cómodo, contenido, estoy bien contenido. La asistente social me ha ayudado mucho, en los trámites que tenía que hacer. (¿Obstáculos acá?). No, nunca”. “Este ha sido un tratamiento casi voluntario mío, mientras que los otros no”.

Sujeto II: “Acá encuentro (...)”. “Acá encuentro la ayuda que necesito”. “Acá

encontré más contención, o yo también estoy en otro punto de la enfermedad: en que ya no consumí más”. “Acá me dan la ayuda, el pie, me aconsejan y me van abriendo puertas a mi cabeza, como por ejemplo por qué no vas tratando de buscar otro trabajito o de hacer otra cosa. Estoy haciendo un curso de..., para tener una herramienta para trabajar. Consejos de ellas”, “(...) me olvidé totalmente de consumir por ejemplo, si veo a alguien que está consumiendo sé que me tengo que alejar”.

Los sujetos no manifiestan obstáculos en el tratamiento actual, sólo expresan sus ventajas:

En el sujeto I: se destaca la motivación personal en la continuación del tratamiento. En el sujeto II: se destaca tanto un factor personal: deseo de cambiar, como lo posibilitador de las intervenciones de los profesionales

—¿A qué atribuye los cambios percibidos desde el inicio del tratamiento hasta la actualidad?

Sujeto I: “Al lugar en general”. “Al lugar en general, desde la persona del recepcionista que me conocen me llaman por mi nombre. Contenido, claro.”

Sujeto II: “no lo hubiera logrado sola”. “(...) es un cambio muy favorable que lo logré viniendo acá y no lo hubiera logrado sola.”

El sujeto I muestra cómo la institución ha alojado al sujeto, siendo ese el eje central para el cambio. En el sujeto II, es el apoyo, el soporte brindado con el tratamiento, lo que sostiene el cambio.

—¿Qué espera del tratamiento?

Sujeto I: “Proyectos (...)” “No, yo creo que acá voy a salir bien. Tengo muchos proyectos, estoy por cobrar la pensión de mi madre”.

Sujeto II: “Quererme (...)” “Sentirme más segura yo, quererme un poco más porque yo me paralizaba mucho.”

Se aprecia en los sujetos la presencia de expectativas respecto al futuro, que favorecen la continuidad del tratamiento. En el Sujeto I, se destaca el peso de la gestión social efectuada por la institución en el sostén de proyectos del sujeto. En el Sujeto II, es el tratamiento de aspectos personales,

la implicación del sujeto en su malestar, lo que sostiene la continuidad del tratamiento.

6.2. *Construcción de los casos:*

A partir de los relatos de las entrevistas, se pudo arribar a la construcción de dos casos en relación a los objetivos de la investigación. Los dos casos corresponden a los entrevistados I y II, quienes, por sostener más de 1 año y medio de tratamiento, aportan elementos para acercarnos a la delimitación de los obstáculos y posibilidades de un tratamiento, así como también efectuar las articulaciones teóricas-clínicas con el concepto de transferencia.

6.3. *Caso: "Posibilidades en un tratamiento"*

En la paciente II se puede apreciar que, en la transferencia, experimentó la posibilidad de ser alojada en su demanda y en su singularidad. Logró hablar de la función del tóxico en ella: estar anestesiada para no ver la falta en el otro (pareja) y luego la propia: "tengo que afrontar que no tengo trabajo, ni casa propia, ni pareja y que tengo que cuidar a mi hijo".

Se posibilitó que hablara de sí misma, de sus necesidades, de la dependencia en relación al Otro dando paso, paulatinamente, a la responsabilidad subjetiva. Esto desembocó en el acercamiento hacia decisiones autónomas: "mi autoestima estaba por el piso y no podía, no tenía decisión, no tenía decisión y bueno, todas esas cosas estoy aprendiendo a hacerlas por mi propia voluntad, o sea, por mí".

Comenzó a hacerse preguntas que antes eran imposibles de ser planteadas por ella. Es posible identificar que la sujeto se encuentra ligada a la persona del médico: "con una sola palabra de la licenciada, me da vuelta la cabeza, y me hace razonar, pensar diferente (...). Me escucha (...) acá encontré más contención". Este significante implica la posibilidad de encontrarse con sus propios recursos subjetivos e instrumentalizarlos en una nueva construcción. Esto también es lo que diferencia el actual tratamiento de los anteriores.

En cuanto a los obstáculos dados en el inicio de su tratamiento, aparecen fuertes sentimientos autopunitivos reflejo de un mandato superyoico castigador que dificultan la elaboración y el trabajo analítico y que surgen actualmente solapados, en algunos intervalos de su discurso, sobre todo en relación al "ser una madre que consumía".

Los beneficios del tratamiento están dados por la posibilidad de restable-

cer el lazo con su hija, retomar proyectos personales: “estoy separada, libre, en paz, lejos de esa persona que tanto daño me hacía.”

6.4. Caso: “Obstáculos en un tratamiento”

La identificación al “Soy ex alcoholólico” aporta una identidad al sujeto dada por el tóxico. Esto puede operar como obstáculo a la transferencia analítica, y por tanto a la rectificación subjetiva, ya que lo sitúa en un lugar donde elude la responsabilidad subjetiva. En su discurso se puede vislumbrar la función del tóxico, ya que lo vincula el comienzo del consumo a partir del fallecimiento del padre. El alcohol lo “calma”.

A diferencia de los demás tratamientos, este último ha sido “casi voluntario”, expresando luego “porque me gusta, porque me siento cómodo, contenido (...)”, “la asistente social me ha ayudado mucho, en los trámites que tenía que hacer (...)”. La motivación de continuar el tratamiento se encuentra alrededor de eso, donde el servicio social sostiene los proyectos del sujeto, y la medicación brindada sustituye el efecto del alcohol, “lo calma”: “Ahora estoy perfectamente medicado, como corresponde. Me están dando una pastilla que me hace el efecto como si hubiera tomado una damajuana de vino. O sea, tomo la pastilla y me calma, me quita la ansiedad de consumir. O sea que estoy bien medicado, es como si hubiera consumido tomando esa pastilla, o sea que no necesito consumir. Por eso es que yo le digo que tuve la suerte de venir a este lugar, y encontrarme con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, que me han dado una mano. Entonces para mí ha sido una suerte.”

Se observa la vivencia de su alcoholismo como un problema externo a su singularidad. Son las “consecuencias negativas” por el consumo de alcohol (problemas familiares, separación, vivienda, etc.), que hace que se problematice el consumo en un comienzo. Esto opera como obstáculo al establecimiento de la transferencia a la persona del médico, transferencia analítica, y por ende no hay rectificación subjetiva.

Luego, a partir de sentirse contenido en el tratamiento actual es que asigna a su “ser alcoholólico” cosas positivas, como el certificado de discapacidad, ya que por éste ha conseguido muchas cosas (pensión, asistencia médica, etc.). Nuevamente se observa como esa identidad aparta la implicancia subjetiva en su adicción, obstaculizando el trabajo analítico.

Se puede apreciar a partir de los conceptos de “consecuencias negativas” y “consecuencias positivas” cómo este sujeto se liga o no a los tratamientos. Siempre como factores externos.

Por lo tanto, a partir del discurso del paciente se observa una “ligazón del paciente a la cura”. Esto se aprecia en el lugar que ocupa para él la ayuda que recibe tanto social como médica, siendo los puntos principales de la “curación” en su tratamiento.

Se puede hipotetizar que esto podría incluso operar como obstáculo, ya que sin las ganancias secundarias externas (tramites, pensión, medicación) el tratamiento cae, la dirección a la cura no se posibilita, ya que no hay rectificación subjetiva y establecimiento de la transferencia analítica.

No emerge el sujeto dividido, no se percibe en los tratamientos llevados a cabo que emerja la división del sujeto, se observa a lo largo de su discurso a la droga como cierto tipo de partenaire que anula la división subjetiva.

7. Conclusiones

La no consecución del tratamiento en sujetos que consumen sustancias tóxicas, es un hecho constatable, siendo numerosas las investigaciones y variados los modos de abordaje de la problemática. Desde el campo de la salud mental se considera la “no adherencia” típica, en los sujetos con adicciones, como el gran obstáculo para el tratamiento. En la presente investigación, sostenida desde un marco teórico psicoanalítico, se tomó como eje central la indagación del dispositivo analítico en los inicios del tratamiento psicoanalítico, no sin abordar las singularidades en el sujeto afectado por una adicción.

Se efectuó, en primera instancia, un recorrido teórico con el objeto de situar conceptualmente el campo de las toxicomanías desde una perspectiva psicoanalítica, encontrando que la adicción es ubicada por Freud (1986a) como sustituto de la masturbación, tesis que plantea una ecuación entre adicción y autoerotismo. Posteriormente en el texto *El malestar en la civilización*, Freud (1973a) se extiende en aproximaciones que permiten ubicar la función del tóxico frente al malestar estructural.

En un primer momento de su enseñanza, Lacan (1938 a 1960) destacó que con la droga se intenta anular la división subjetiva caracterizada por un no querer saber nada del inconsciente. Y luego, a partir de los años 70, ubica al objeto droga como cierto tipo de partenaire, que da cuenta de la relación del sujeto moderno con el objeto de consumo. Esta última referencia demarca la función del objeto droga frente al problema sexual (Lacan, 1975b) destacando que se trata de la obtención de un goce que, en la medida en que no está regulado por la instancia fálica, rehúsa el pasaje de la relación al Otro, tesis en concordancia con las primeras formulaciones

freudianas (autoerotismo), y que constituyeron las bases a partir de las cuales se formuló la hipótesis en la investigación.

La problemática de la prosecución de los tratamientos ha sido centrada desde autores psicoanalíticos en torno al concepto de transferencia, así Mello, Bullamash Stoll y Kato (2011) propusieron como alternativa al término “adhesión al tratamiento”, el concepto psicoanalítico de “transferencia”. No hay posibilidad de efectuar una cura que no sea bajo transferencia, lo que implica que la modalidad de satisfacción de un sujeto ha de ponerse en juego en un análisis. Encontramos allí el primer obstáculo en un tratamiento, dado que, si en las toxicomanías la modalidad de goce es fundamentalmente autoerótica, establecer un lazo con el Otro, esto es, hacer entrar en el campo del Otro su propia satisfacción, será una instancia que presentará dificultades, obstaculizando la entrada en análisis.

Respecto al inicio del tratamiento, Freud (1973c) señaló la consideración de ciertas reglas en los momentos preliminares del análisis (periodo de prueba) para asegurarnos la consecución de una cura. Este periodo no implica solamente la elaboración de un diagnóstico sino que es preciso ligar al paciente a la cura y al analista: “El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura, y a la persona del médico” (Freud, 1973b: 1672). Posteriormente las elaboraciones de Lacan (1970) sobre el dispositivo de las entrevistas preliminares, posibilitaron delimitar ese tiempo donde aún no está establecida la transferencia, y que se circunscriben a lo que Freud enunció como la ligazón del paciente a la cura, donde uno de los principales afectos a producirse es la Rectificación Subjetiva, rectificación que conlleva la emergencia del sujeto dividido. Conceptualizaciones que nos permitieron despejar los ejes orientadores en el análisis de las entrevistas.

Cabe destacar que el procedimiento metodológico elegido en la presente investigación, que contempló en una primera instancia la revisión de las referencias teóricas, permitió construir dos casos ilustrativos, donde la indicación freudiana: “*ligar al paciente a la persona del médico*”, es decir, la puesta en forma de la transferencia analítica, es una condición de posibilidad para la continuidad del tratamiento. No sin la rectificación subjetiva, producida a partir de la instalación del dispositivo analítico.

En el caso “Posibilidades en un tratamiento”, se pudo observar que el sujeto se encontró alojado en su demanda y, en conjunto con la intervención del analista, logró implicarse subjetivamente en la problemática de su adicción y de este modo se produjo no solo la mejora sintomática sino también el trabajo analítico que le permitió posicionarse como sujeto ante su problemática y sus elecciones.

A partir del caso “Obstáculos en un tratamiento” se pudo extraer que la

continuidad del tratamiento está operando a partir de la ligazón del paciente a la cura, no pudiendo apreciarse ni rectificación subjetiva, y menos aún la presencia de transferencia analítica.

Si se aprecia que la continuidad del tratamiento está dada por la identificación al “soy ex alcohólico”, que además de aportar una identidad al sujeto provee de ganancias secundarias (pensión, asistencia medicamentosa).

Cabe hipotetizar que la continuidad sostenida en tales condiciones podría presentarse como un obstáculo, con el consiguiente abandono de tratamiento, y/o recaídas en el consumo, ya que no se ha producido la emergencia del sujeto dividido, lo que dificulta el establecimiento de la transferencia analítica, y su subsecuente trabajo analítico.

No obstante es dable destacar que el sujeto continúa en tratamiento y que el dispositivo institucional es lo central en esta continuidad, pudiendo parafrasear “ligar al paciente a la institución”, que, como en este caso, logra algunos de los fines deseados: cese o la disminución del consumo.

Finalmente podemos concluir que se precisan entrevistas iniciales/preliminares para posibilitar la consecución de un tratamiento: ligar al paciente a la cura y al analista; una de las funciones centrales del dispositivo analítico es introducir la dimensión del tiempo y la consideración de la causa. En el abordaje clínico de los sujetos que consumen sustancias tóxicas se torna fundamental dar lugar, en los inicios del tratamiento, al tiempo de subjetivación, posibilitando así que el sujeto se pueda encontrar en la búsqueda de las determinaciones de su adicción, de su implicación en la misma, para que, desde ese hacer que se presenta en el consumo, pueda pasar al decir, a poder nombrar algo de eso que le sucede; si bien la hipótesis planteada en la presente investigación es pasible de ser confirmada, siendo un obstáculo en la consecución del tratamiento las dificultades en el establecimiento de la transferencia analítica, cabe destacar que existen dispositivos institucionales que operan como factores favorecedores del cese del consumo, siendo en algunos casos el único recurso posible. Resta proseguir en la investigación de las posibilidades y los obstáculos, haciendo especial hincapié en las diferentes estructuras clínicas.

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1986a). *Cartas a Fliess*. Carta 79. En Obras Completas tomo I. 2ª ed. Bs. As.: Amorrortu.
- Freud, S. (1986b). *Contribuciones para un debate sobre el onanismo*. En Obras Completas tomo XII. 2ª ed. Bs. As.: Amorrortu.

- Freud, S. (1973a). *El malestar en la civilización*. En Obras Completas Trad. Ballesteros. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973b). *La dinámica de la transferencia*. En Obras Completas Trad. Ballesteros. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973c). *La iniciación del tratamiento*. En Obras Completas Trad. Ballesteros. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
- Lacan, J. (1975a). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1*. Bs. As.: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. *Seminario 11* Bs.As.: Paidós.
- Lacan, J. (1975b). *Conferencias y conversaciones en las Universidades norteamericanas*. Trad. de Ma^a José Muñoz y Juan Bauzá. Revista *Scilicet*, 6/7, Eds. Du Seuil, Paris, pp. 5-63. Recuperado el 20 de noviembre de 2012, de http://217.126.81.33/psico/sesion/ficheros_publico/descargaficheros.php?opcion=textos&codigo=79.
- Napartek, F. (2010). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III*. Bs. As.: Grama.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). *Los estudios de caso en la investigación sociológica*. Recuperado el 15 de octubre del 2012, en <http://www.unlpam.edu.ar/files/soneiracurso.pdf>
- Miller, J. (2005). *Introducción al método psicoanalítico*. Bs. As.: Paidós.
- Mello, E., Bullamash, L. y Kato, R. (2011). Transferencia y “adhesión” en el tratamiento de las toxicomanías. *Pharmakon*, 12: 67-91.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.
- Zukerfeld, R. (2009). La noción de muestra en investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y procesos cognitivos*. Vol. 13 n°2. Bs As., pp. 247-262. Recuperado el 13 de marzo del 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273102009000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-7310