



Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas

Pharmakon: subjective solutions, derangements and re-elaborations

Artículo resultado de revisión teórica

Enviado: 15 de junio de 2017 / Aceptado: 25 de septiembre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Felipe Martin Drut*

Forma de citar este artículo en APA:

Drut, F. M. (2018). Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 110-121. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2638>

Resumen

En nuestra experiencia clínica, hemos encontrado varios pacientes que han padecido problemáticas de dependencia a las drogas y/o al alcohol, y para quienes la relación con la sustancia ha comenzado a modificarse. Esto último, por ejemplo, lo escuchamos cuando el consumo no aporta los mismos efectos que antes, en algunos casos de abandono súbito del consumo, o en casos de sobredosis. Ahora bien, ¿bajo qué condiciones este momento podría representar una oportunidad propicia para comenzar un trabajo de elaboración por la vía de la palabra de quien nos consulta? Es decir, si el consumo de estupefacientes deviene un problema para el sujeto y no solo una solución práctica y eficaz: ¿ello lleva necesariamente una consulta psicoterapéutica? El presente artículo intentará analizar las condiciones de este pasaje mediante un desarrollo teórico y clínico basado en algunas contribuciones de la filosofía, la antropología y el psicoanálisis. Tomaremos también los aportes teóricos y clínicos de la psicoanalista Sylvie Le Poulichet a propósito del “pharmakon”, su función y sus fallas. Distinguiremos tres tipos de relación de los sujetos con las drogas: como solución eficaz e imprescindible, como una relación que en un momento dado se rompe y da lugar a otros fenómenos clínicos ligados a la angustia y la vergüenza, y como una relación en la que la droga se muestra como algo cuyo valor de solución ha devenido caduco y de lo cual el sujeto puede comenzar a prescindir. Intentaremos mostrar esto a partir de la presentación de dos viñetas clínicas.

Palabras clave

Arreglo; Consulta; Droga, Elaboración; Pharmakon; Sujeto; Tóxico.

* Licenciado en Psicología en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina; actualmente en segundo año de formación doctoral en Psicología en la Universidad de Toulouse II Jean Jaurès, Francia. Institución de pertenencia: Université Toulouse II Jean-Jaurès. Ciudad : Toulouse. País: Francia. Dirección de correo electrónico: felipedrut@yahoo.com.ar. Equipo de investigación: «Clinique du sujet et du lien social du Laboratoire Clinique Psychopathologique et Interculturelle».



Abstract

In our clinical experience, we have found that several patients who have suffered problems related to drug or alcohol dependence and whose relation with the substance has even been modified. The latter, for example, is acknowledge when the use does not bring the same effects it once did, in some cases it has resulted in suddenly dropping the drug or taking it as far as an overdose. Now, under which situations would it be possible to represent an appropriate opportunity to start a working with those who come to us? That is, if the substance use becomes a problem for the person and not only a practical and efficient solution: does it necessarily require psychotherapy? This study analyzes the conditions on this passage through a theoretical and clinical approach based on some contributions from the fields of philosophy, anthropology and psychoanalysis. There is also the theoretical and clinical contributions of the psychoanalyst Sylvie Le Poulichet regarding "pharmakon", its functions and faults. There are three types of relations between subjects and drugs: as an efficient and essential solution, as a relation that can be broken at a certain moment and gives way to other clinical phenomena related to anxiety and shame and as a relation in which drugs can be seen as something which holds a solution value that has diminished and in which the subject can set it aside. The study shows this situation through two clinical cases.

Keywords

Arrangement; Query; Drug; Elaboration; Pharmakon; Subject; Toxic.

El éxito de las drogas en las sociedades contemporáneas

Las drogas han existido desde principios de la historia de la humanidad, mientras que lo que comúnmente se denomina “toxicomanías” o “tóxico-dependencias” es de uso más o menos reciente a partir de los siglos XIX y XX, momento en el que operan varios cambios en la subjetividad y en la medicina, entre ellos, la relación del sujeto con el cuerpo, el dolor y el placer. El uso de la morfina para calmar los dolores de los heridos en la guerra franco-prusiana en 1860

fue el primer experimento de empleo masivo para el fármaco, que convirtió en silenciosos recintos a hospitales de campaña antes poblados por aullidos y llantos. Usada intravenosamente varias veces al día, durante meses, no tardaron en aparecer casos que acabada la guerra recibieran el significativo nombre de *army disease* y ‘dependencia artificial’ (Escohotado, 1998, p. 44).

Por otro lado, la revolución a nivel farmacológico a partir de los años cincuenta, trajo grandes avances en lo referente al tratamiento de las denominadas enfermedades psiquiátricas. El chaleco de fuerza fue sustituido por el chaleco químico, más sutil, más práctico y más al alcance de la mano, aunque a veces no sin consecuencias para algunos sujetos.

Hoy en día asistimos a un mundo lleno de promesas de felicidad a través de propuestas de objetos de consumo que se multiplican al infinito para que todos puedan alcanzar el estado de satisfacción de una manera permanente. Paradoja del mercado y de los avances tecnológicos que ofrecen la satisfacción garantizada y al alcance del consumidor, puesto que ambos necesitan de una cierta insatisfacción propia de todo deseo humano, cuya estructura implica siempre una diferencia entre el placer que se busca y el que se encuentra. Diferencia que algunos no toleran en absoluto sin acudir al uso de estupefacientes.

Ahora bien, podemos corroborar que cada vez, en mayor medida, la droga ha devenido un objeto que está al alcance de la mano, fácil de conseguir y de efectos inmediatos sobre el cuerpo en tanto sede del dolor y del placer. Una “felicidad de bolsillo” (Sissa, 1998, p. 25), una felicidad ya hecha, *ready-made*. Con la salvedad de lo que ocurre aun en ciertas culturas¹, poco a poco las drogas se han desprendido de su poder mágico fundando en una creencia colectiva –ligado a las plantas, ritos y a seres sobrenaturales o dioses con los cuales se debía tener conexión al consumirlas– para conectarse más bien con el bienestar y los placeres a determinar por cada “usuario”. Como sitúa Antonio Escohotado (1996) respecto de lo que empieza a ocurrir en el siglo XIX dentro de la historia de las drogas:

¹ Fundamentalmente algunas culturas milenarias y algunas tribus indígenas del norte de México, por ejemplo, como lo indica Naparstek (2004).

[estas] dejaron de ser vegetales más o menos mágicos, ligados a ritos y sacramentos. Sus principios –casi siempre compuestos alcalinos o alcaloides, formados básicamente por carbono, hidrogeno y nitrógeno– se comprendieron como elementos nucleares de la sustancia orgánica –no menos ‘maravillosos’ desde luego, pero libre de énfasis mítico (p. 89).

Ya no se trata de las drogas enmarcadas en ritos específicos, sino de la sustancia, el químico, el producto o incluso la molécula activa capaz de eliminar dolores o aumentar un rendimiento de manera indefinida en el trabajo, por ejemplo, produciendo individualidades de manera ilimitada. Cada quien, con su objeto de satisfacción, ya sea para una mejor exploración de sí, para un mejor autocontrol de sí, para una mejor performance a lograr o para acceder derecho siempre reivindicado a un bienestar “pleno” donde ningún sufrimiento tenga lugar. Una sociedad de individuos y no un colectivo fundado en lazos, creencias e historias compartidas.

De lo que se trata entonces, ya sea con las drogas “legales” prescritas por un médico, o ya sea con drogas ilegales que son el resultado de circuitos de producción, comercialización y venta clandestinas, es de una evitación de todo “dolor” y del acceso al derecho al “bienestar”. Ahora bien, sabemos que estos dos términos son relativos, es decir, dependen de la particularidad de cada quien.

Lo tóxico y la droga

Hoy en día, como lo afirma Chassaing (2001), la experiencia del consumo de droga aparece ligada a lo que cada individuo podría ver o experimentar: “prueba y verás... esta originalidad que se reivindicaba ha devenido exclusión social en la decadencia, o bien la dosis necesaria para ‘avanzar’, sostenerse, arrancar el día o dormir la noche... o el día” (p. 15). O lo que se escucha a veces en el relato de algunos pacientes: “estaba colgado, en mi mambo, en la mía”, para decir que el individuo está en un mundo privado de pensamientos, emociones y sentires propios, incomunicados e incommunicables. La experiencia de la droga aparece cada vez más como puramente individual, fuera de palabra, no transmisible. Freud (1929) hace referencia al uso de estupefacientes y al peligro del corte con lo que él llama “el mundo exterior”: “bien se sabe 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, que ofrece mejores condiciones de sensación” (p. 78). Es decir, cuando algo del consumo de drogas o de medicamentos hace el cortocircuito del lazo social con los otros y con ciertas pautas, ritos y ceremonias culturalmente establecidas en un contexto social. Dicho de otro modo: todo festejo está enmarcado en lo social, es decir, posee un límite dentro del cual ciertos usos de sustancias como el alcohol están permitidos y no generan problemas ni al consumidor ni a los que lo rodean. Límites en cuanto a la cantidad consumida, los efectos del consumo, el principio y el final de la celebración. Es decir, lo tóxico de la droga dependerá no solo de dicha sustancia, sino también de la relación del consumidor con la misma, con los otros y con el contexto social en el cual está inmerso. Lo tóxico aparece en cierto del uso de sustancias psicoactivas, que generalmente lo vemos

cuando escuchamos o leemos acerca del abuso, intoxicación, sobredosis; términos que son entonces en cierta medida relativos a cada quien y al contexto y situación de consumo, por lo cual lo tóxico no depende solo del tipo de sustancia, sino también del sujeto y la relación que este mantenga con la droga o la sustancia de su elección, con los otros de su entorno y con su medio cultural en general.

Acerca del “pharmakon” y su acción subjetiva

La palabra “pharmakon” viene del griego y significaba “chivo expiatorio”, al que se sacrificaba para purgar o expiar mediante ciertos ritos o ceremonias los excesos cometidos durante un cierto período. A su vez, la palabra pharmakos designó igualmente algo que a la vez puede ser remedio y veneno, lo que elimina el supuesto mal exterior y lo que causa el mal a la vez. Muchos autores hacen de esta propiedad ambivalente un rasgo posible de toda droga, pero cuyo efecto depende de cada sujeto y la relación con la droga de su elección. En términos generales, el pharmakon es confusión entre algo y su opuesto, es una cosa y lo contrario a esta a la vez: lo exterior y lo interior, remedio y veneno, lo que purifica y lo que intoxica, el día y la noche. El pharmakon, mediante su acción, hace anular las oposiciones y las diferencias que en muchos casos son constitutivas de la subjetividad ya que marcan ritmos temporales pautados por un contexto cultural determinado. Esta acción del pharmakon que hace confundir los contrarios, es una característica que puede tomar la relación del sujeto con la droga cuando ésta es remedio y veneno a la vez, cuando es algo externo para remediar algo interno, o cuando poco importa el momento para procurársela y consumirla.

Este vínculo es lo que permite dar cuenta de un montaje o fachada llamada “toxicomanía” –yendo más allá del nombre que puede ser adoptado por los profesionales, por el orden jurídico, la familia, e incluso por el paciente mismo para nominarse—. En muchos casos, el sujeto localiza la causa de sus males en el consumo de una o varias drogas, siendo el consumo, a la vez, algo que organiza su vida.

Por ello, la droga puede también implicar tal acción para el sujeto. La acción del pharmakon no es la droga, no es una sustancia (Le Poulichet, 1989, p. 62), sino que es un principio presente en toda droga y que cumple su acción en la medida en que el sujeto, de acuerdo con su historia y con su posición frente a esta, hace un uso tóxico de la misma para evadirse o anular permanentemente todo conflicto subjetivo y todo dolor engendrado por él mismo.

Cuando eso no funciona como antes: hacia una clínica de los desarreglos del pharmakon

A pesar de que en muchas y variadas oportunidades los consumos de drogas implican una solución para el sujeto por lo anteriormente expresado, en la clínica nos confrontamos con casos en los que esta solución feliz comienza a desfallecer, y a veces esto representa una oportunidad para intervenir y comenzar un proceso de reelaboración subjetiva inédito. Ahora bien, ¿qué quiere decir “desfallece”? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de una posibilidad de “reelaboración”?

Acerca de los “fracasos” del pharmakon, de las sobredosis y de la posible elaboración de lo tóxico en la cura

Una de las reflexiones del presente artículo es que para que un terapeuta pueda intervenir –por la vía del discurso del mismo–, una de las condiciones necesarias es que debe comenzar a romperse algo de la relación “feliz” del sujeto con el producto o la droga de su elección. Esto se verifica, por ejemplo, con sujetos para quienes el consumo de una droga no aporta el mismo efecto que antes, siendo que esto no es consecuencia del denominado fenómeno fisiológico de “tolerancia” o el de “abstinencia” descrito en manuales de psiquiatría, sino que es consecuencia de otro orden de problemáticas; lo ilustraremos con una pequeña viñeta clínica a continuación.

“La droga ya no me pega como antes”, dice L. (L, comunicación personal, 05 de abril, 2016), preocupado porque en una ocasión, luego de haber consumido cocaína como era habitual en él, comenzó por primera vez a sentirse avergonzado de ello, pensando que debería estar ocupándose de su hija e intentar recomponer sus lazos familiares en lugar de estar consumiendo cocaína con sus amigos del barrio. Es gracias a esta preocupación y este anhelo de rearmar su familia y su lugar de padre, que L. decide realizar una consulta en un centro de atención ambulatoria para el tratamiento de las adicciones. Esta formulación equívoca de su anhelo da lugar a que con su terapeuta comiencen a interrogarse cuál sería la familia que habría que “reconstruir” y en qué consiste el lugar de padre para él respecto de su hija. Esto lo lleva a trabajar sobre cuestiones que conciernen su vínculo con su familia de origen y, particularmente, con su padre, de quien tiene una imagen muy desvalorizada y a quien considera alguien que no lo ha apreciado como hijo. Lo tóxico en este sujeto aparece entonces como otra forma distinta a los efectos de “veneno” de la cocaína, con la cual él no confrontaba ciertas cuestiones subjetivas relativas a la paternidad. Esta nueva forma de lo tóxico es susceptible de ser tratada en una psicoterapia en la medida en que el sujeto pueda descubrir y tomar una posición frente a los ideales familiares que se instituyeron para él y frente a los cuales siente que no está a la altura.

Ahora bien, debemos aclarar que no todo quiebre de la relación de un toxicómano con la droga implica una detención del consumo. Al respecto, dice la psicoanalista francesa Sylvie Le Poulichet (1989):

Si el circuito de la operación *pharmakon* puede mostrarse desfalleciente, es por razones distintas a la privación de un producto tóxico. La operación *pharmakon* puede fracasar incluso cuando un individuo continúa consumiendo sustancias tóxicas: es ese, a mi entender, el sentido de numerosas 'sobredosis'. Un tal fracaso supone que un cierto narcisismo no es 'conservado' por esta operación. Dicho de otro modo, el 'agujero' que provoca la angustia no es llenado por la 'sobre investidura narcisista de un órgano' (p. 49).

Más adelante en la misma obra, la autora remarca lo siguiente:

Es solamente cuando la operación *pharmakon* fracasa que reaparecen la angustia y ciertos síntomas relativos al modo según el cual un sujeto estructura su relación con los objetos. Es lo que muestra, también, la experiencia de las curas analíticas con pacientes toxicómanos: un paciente que entra realmente en el proceso de una cura analítica puede de repente encontrarse invadido por un cierto número de síntomas –que a veces existían antes de la adicción– a medida que el *montaje* de toxicomanía se disuelve (Le Poulichet, 1989, p. 99).

Relevemos entonces la importancia de varios elementos en juego en las citas precedentes: la angustia, los síntomas, y el narcisismo. Hay modificaciones que se verifican en relación con estos tres órdenes o registros ligados entre sí. La angustia, cuando es masiva, puede ser un obstáculo para una psicoterapia². No obstante, cuando está bien situada o localizada, puede empujar al sujeto hacia rumbos inéditos en su vida y a hacer cosas que nunca hizo o tenía postergadas hace tiempo. Por ejemplo, separarse de un vínculo de dependencia con la familia y/o con el partenaire, comenzar un nuevo tipo de vínculo amoroso, o iniciar un proyecto laboral. Algo similar ocurre con la vergüenza cuando no es invasiva y el sujeto puede hacer un buen uso. En este caso, la vergüenza puede empujar al sujeto a hacer cosas o a detener ciertos consumos problemáticos fundamentalmente cuando se trata de la vergüenza respecto de las condiciones de consumo de la droga y la experiencia que dicho tipo de consumo implica para el sujeto. Aclaremos que la vergüenza es efecto de un desvelamiento de algo que debía mantenerse oculto para que un cierto narcisismo –investidura libidinal del de la instancia psíquica denominada "Yo" desde un enfoque psicoanalítico– se conserve y para evitar todo conflicto del sujeto consigo mismo, conflicto del cual un síntoma puede ser producto.

Acerca de la angustia, la vergüenza y las situaciones de sus emergencias como oportunidades para una psicoterapia

La hipótesis de la que partiremos es que la angustia es un afecto, es energía y un potencial de transformación. Si la eliminásemos, quitaríamos dichas posibilidades de transformación. La angustia implica una certeza. Es decir, cuando alguien está angustiado no lo puede disimular, se escucha en su manera de hablar, en el tono

² Una forma de tóxico sin localización posible.

de su voz, por ejemplo. Es, como lo afirma Lacan (1962/1963), la experiencia subjetiva de no saber muy bien qué quiere el otro de nosotros, aunque tengamos la certeza de que algo quiere. Es decir, qué objeto enigmático somos para los otros a quienes apreciamos o queremos. Dicho de otra manera: cuando la seguridad o la garantía que teníamos de ocupar tal o cual lugar en su deseo vacilan, allí comienza a emerger la angustia y las diferentes respuestas del sujeto frente a esta. La certitud que teníamos respecto de nuestra identidad y nuestro mundo son puestas en cuestión. Ya no nos reconocemos en las imágenes y en las referencias que tenemos de nosotros mismos. La imagen que el otro nos devuelve de nosotros no es la misma.

La droga, en tanto que objeto de adicción, supone un montaje –un montaje llamado toxicomanía– que implica una identidad, un mundo y una “temporalidad” propios (Giulia Sissa, 1997/1998, p. 21). Si dicho montaje vacila o es puesto en cuestión, la angustia puede emerger, y con esta el potencial de transformación que le es propio, en la medida en que el sujeto que la padece y el dispositivo terapéutico propuesto lo permiten. Transformación de la realidad y de la identidad, elaboración de las pérdidas, y puesta en juego de una nueva temporalidad. Es decir, por un lado, un antes y un después se instalan para alguien, y esto puede escucharse en la manera que posee el sujeto de decir las cosas y contar su trayectoria de vida³; por otro lado, el mundo de la persona no va a estar regulado por la procuración y el consumo de la droga, sino que aparecen otros problemas que van más allá de ellos y que toman al sujeto. Para decirlo de otro modo, si él no es el “toxicómano” o el “adicto” que creía ser para los otros, o si no es solamente eso: ¿quién es?

Una viñeta clínica nos permitirá aclarar aquello a lo que hacemos referencia: luego de su última internación en una clínica psiquiátrica, y bajo la indicación de la psiquiatra tratante, S. llega a la consulta. Afirma que se siente solo y angustiado últimamente, desde que su mujer –a quien llamaremos R.– (S, comunicación personal, 03 de marzo 2016) lo echó de la casa donde vivían, dado que no soportó más sus recaídas en el consumo excesivo de alcohol y de otras drogas, así como tampoco el hecho de que su hija de 15 años lo viera ebrio cuando llegaba a la casa. R. le dice que no sabe si quiere volver estar junto a él y que necesita un tiempo para pensar en ello. Entretanto, en esta espera, S. se encuentra angustiado ya que jamás pensó que R. tomaría dicha decisión, y debido a que no toleraría que su mujer pudiese estar con otra persona que no sea él. Él la llama casi todos los días para saber su respuesta definitiva, hasta que ella se siente fastidiada de dichos llamados y le pide no volver a llamar porque sería ella quien lo llamaría. Durante varias entrevistas, S. llora sin poder parar, sin decir nada más que la separación es algo que no podría tolerar, y al mismo tiempo avergonzado de tener que vivir donde los padres y que ellos se preocupen por su estado que él caracteriza de “depresivo”. De hecho, el padre lo acompaña a varias de las entrevistas. Él los describe como personas que siempre han estado a su lado y que nunca lo han dejado solo, apoyándolo de manera incondicional. En un momento, el terapeuta le pregunta hasta cuándo vivirá pendiente de la decisión de su mujer, y si quiere continuar de ese modo, llorando en la casa de

³ No por azar utilizamos el término “trayectoria”: un trayecto que a su vez constituye una historia contada desde el presente en el marco de un dispositivo terapéutico que le da un lugar, una escucha y un tratamiento privilegiado a la posición del sujeto frente a los otros por los quienes él es hablado.

sus padres y debiendo esconder su angustia –lo que de hecho le resultaba imposible–. S. comienza a sentirse avergonzado de esta situación en la cual está y en la cual ha vivido prácticamente toda su vida. Durante la entrevista siguiente, S. cuenta que ha hablado con su mujer para decirle que ella podía hacer lo que deseara con su vida, ya que él estaba cansado de estar dependiente de lo que esperaba ella y, más generalmente, los otros. Frente a esta decisión, ella responde preguntando si él estaba saliendo con otra mujer. Este interrogante y este interés renovado dirigido hacia él lo saca de la angustia. Varios cambios se verifican a continuación: a nivel del trabajo le es ofrecido un ascenso que él acepta –debido a ciertas dificultades a nivel de su cuerpo que le estaban aquejando desde un tiempo atrás por la sobrecarga física que implicaba el puesto anterior– sabiendo que poseerá más responsabilidades; comienza a venir acompañado por su hija a las consultas en lugar de venir con su padre; comienza a hacerse cargo de numerosas deudas que había contraído. Por supuesto, a partir de estas decisiones, otras preocupaciones comienzan a emerger, pero ya no se tratará de su consumo problemático de sustancias.

Este pequeño fragmento de un caso clínico nos permite ver cómo una situación de angustia puede representar una oportunidad para una intervención terapéutica y un paso hacia un nuevo capítulo de la vida de alguien, que puede enlazar al sujeto a los otros y a su cuerpo de una nueva manera, dando cuenta de un antes y un después, una nueva temporalidad.

Por otro lado, la vergüenza es también un afecto. Implica un desvelamiento y la denuncia de una impostura. Los otros ven eso que se supone tendría que haber permanecido oculto o velado así como también la intencionalidad del sujeto de querer ocultarlo y fracasar en dicho intento. En algunas toxicomanías vemos que el sujeto retrocede, avergonzado, frente a su particular manera de satisfacerse a través del consumo de la sustancia, es decir, frente a las condiciones bajo las cuales el sujeto la consume y aquello a lo cual lo lleva el consumo (una satisfacción repetitiva y solitaria cuya sede es el cuerpo). Esto lo lleva en varios casos a consultar a un especialista, dado que comienza a ver aquello que cae fuera de su control dentro de su vida. Jacques Lacan (1962) nos dice que morir de vergüenza es un afecto raramente obtenido si bien es excepcional y raro, a veces se produce.

Tanto la vergüenza como la angustia son afectos que, en la medida en que irrumpen, pueden indicar puntos de viraje decisivos que pueden tener lugar tanto en el tratamiento, como en la vida de un toxicómano. Momentos que marcan un antes y un después, que no se producen sino es a partir del lazo con otro o una intervención de él, y que propicia oportunidades inéditas de intervención psicoterapéutica para que a veces un nuevo capítulo en la historia del sujeto se inaugure, al mismo tiempo que una reescritura del pasado –après-coup–. Sin embargo, el tratamiento de estos afectos tiene un tiempo subjetivo que no podemos predecir y que es a determinar en cada caso: *no existen fórmulas* en este punto.

Podemos decir que estos afectos son consecuencia de un reencuentro más o menos fortuito en la vida de un sujeto, tal como Freud (1912) lo proponía como hipótesis cada vez que encontraba frente a un síntoma neurótico de un paciente: “[disposición y azar] determinan el destino de un ser humano; rara vez, quizás nunca, lo hace uno solo de esos poderes” (p. 97). Reencuentro entonces entre lo potencial y el azar, entre algo de sí mismo que no terminaba de hacerse evidente en para cada quien, y un hecho fortuito que lo desvela, entre algo que estaba dormido o en latencia y algo que lo despierta. Reactivación de una dinámica que podríamos –¿por qué no? – pensar como una dinámica que podría dirigirse hacia una salida de las toxicomanías, en la medida en que lo tóxico de la droga pueda tratarse en el lazo con otro que intervenga escuchando al sujeto y su particular posición frente a su sufrimiento. Esto, obviamente, requiere de un tiempo que, como se dijo, no se puede predecir, ya que depende del consentimiento de cada quien a ser tratado.

Toxicomanías bajo “control” y toxicomanías bajo cuestión

Robert Castel (1998), en su obra “Las salidas de las toxicomanías. Tipos, trayectorias y tonalidades”, refiere ciertos casos de personas que han sido dependientes del consumo de sustancias psicoactivas, que han puesto su vida en peligro varias veces, y que han decidido frenar el consumo o empezar a controlarlo. Esto, sin necesidad de pasar por una institución especializada y sin la intervención de profesionales en el asunto. Por otro lado, en su artículo sobre “Los controles de la toxicomanía”, el mismo autor (Castel, 1991/2004) ya había hablado acerca de ciertos consumidores de drogas que controlan su consumo y que no llegan a exponerse a ningún tipo de riesgo mortal, sobredosis, o incluso riesgo –más bien subjetivo– de ser vistos o juzgados por otros por el hecho de ser consumidores de drogas: sujetos que, si bien son consumidores de una cierta droga, estarían perfectamente “integrados” al contexto social en el que viven, no manejándose en el circuito ilegal de la delincuencia, contando con un trabajo legal y estable por ejemplo, y a veces una familia. Ahora bien: ¿es sólo la adaptación a ciertas convenciones sociales y/o códigos de ciertos grupos lo que nos interesa como profesionales de la salud? Alguien puede estar perfectamente integrado, pero sufrir de un síntoma psíquico o de una angustia en la cual aún no se ha tomado el tiempo de detenerse para poder hablarlo con un profesional –o no necesariamente–. En este sentido, podríamos pensar que cuando alguien toma la iniciativa de consultar por problemas o preocupaciones que van más allá del objeto “droga”, y que están ligadas a la angustia y a la vergüenza como signos del conflicto psíquico, algo de “la toxicomanía” ha comenzado a ponerse en cuestión, y algo de la satisfacción obtenida en el consumo ha comenzado a trastabillar. Esto indica que más que toxicomanías, lo que verificamos en algunos casos son ciertas toxicomanías que ya no funcionan o que dejan de funcionar como antes: sujetos avergonzados o angustiados que deciden acudir a otra persona porque un saber sobre la satisfacción que aporta una determinada droga se muestra ineficaz, inútil o sin el mismo sentido que antes. Es tal vez allí donde hay una oportunidad para intervenir, a fin de que un cambio o una cierta elaboración subjetiva de lo tóxico se produzca y que el sujeto entre en conexión con el deseo que le concierne y con el

cual está en conflicto; esto, claro, en la medida en que cada paciente lo consienta. Con lo cual lo que conviene trabajar en lo posible es la relación del sujeto con el deseo y los ideales que lo habitan, no su adaptación a una norma social.

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Castel, R. (1991). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes y medicamentos psicotrópicos* (Viviana Ackerman, trad.), (pp. 221-239). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires et tonalités* [Las salidas de la toxicomanía. Tipos, trayectorias y tonalidades]. Fribourg: Editions Universitaires Fribourg Suisse.
- Chassaing, J. C. (2001). *Drogue et langage. Du corps et du langage* [Droga y lenguaje. Del cuerpo y de la lengua]. Toulouse: Erès.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas 2*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura* (Tomo XXI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia* (Tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1962-1963). *Le séminaire. Livre X: L'angoisse* [El seminario de Jacques Lacan, libro X: La angustia]. Paris: Seuil.

Le Poulichet, S. (1989). *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir. [Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo]*. Paris: Presses Universitaires Françaises (PUF).

Naparstek, F. (2004). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

Sissa, G. (1998). *El placer y el mal. Filosofía de la droga* (María Cecilia González, trad.). Buenos Aires: Manantial.