

CAMPO NORMATIVO Y DIMENSIÓN CLÍNICA EN LOS TRATAMIENTOS DE LA TOXICOMANÍA¹
Viviana Carew²

La presente exposición se propone articular algunas ideas y conceptos con el fin de reflexionar sobre la dirección de la cura y sobre una clínica posible de las toxicomanías en el ámbito de las instituciones que tratan dicha problemática.³

Esquema sintetizador:

LOS TRATAMIENTOS DE LA TOXICOMANÍA PROBLEMA PARADIGMÁTICO DE NUESTRA ÉPOCA	
CAMPO NORMATIVO	DIMENSIÓN CLÍNICA
Marco Jurídico/ Marco Institucional	Dispositivo de la cura en psicoanálisis
El Otro social	El goce de cada sujeto
El Estado tutelando el Bien Común y la Salud Pública	La particularidad de cada caso. Principio de Neutralidad, Regla de Abstinencia
Políticas: De Control Social (Ley de Drogas) De Mercado (Ciudadano-Consumidor) En Salud Mental (Ideal de Abstinencia)	La toxicomanía como respuesta al malestar y al drama subjetivo (Freud, "El Malestar en la cultura")
Eficacia del tratamiento: Desintoxicación Rehabilitación Resocialización	Eficacia del tratamiento: Perturbar el goce del tóxico al situar su función Interesar al sujeto en su lcc. Pasaje del goce de la sustancia al goce de la palabra. Pasaje de la eficacia del tóxico a la eficacia del discurso.
Salidas de la Toxicomanía: Abstinencia de consumo Tratamientos de Sustitución Reducción del Daño	Salidas de la Toxicomanía: Entrada en el Discurso Entrada en la transferencia Pasaje del hacer al decir
IDEAL DE ABSTINENCIA: Pasaje del "Soy adicto" al "Soy ex-adicto"	DIRECCIÓN DE LA CURA: Pasaje del "Soy adicto" a la pregunta por el "quién soy"

¹ Una versión preliminar de este texto constituyó una clase teórica dictada el 9-6-2006 en la Práctica Profesional del Área Clínica: *Toxicomanía y Alcoholismo*, coordinada por el Prof. Fabián Naparstek. Facultad de Psicología, UBA.

² Docente-investigadora, Facultad de Psicología, UBA.

³ La bibliografía, soporte de esta presentación es la siguiente:

- Tarrab, M.: *Las salidas de la toxicomanía*, publicado en el libro: *Más allá de las drogas- Estudios Psicoanalíticos*.
- Conferencia de Eric Laurent, publicada en el libro: *Del hacer al decir. La clínica de la toxicomanía y el alcoholismo*.
- Naparstek, F.: *La dirección de la cura en la toxicomanía y el alcoholismo; su efectividad en instituciones*, publicado en el libro: *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*.

Partiremos de lo que Mauricio Tarrab sitúa como un problema paradigmático de nuestra época, problema que radica en cómo articular –desde el Psicoanálisis aplicado a la clínica de las toxicomanías– la lógica del discurso del Otro Social con la particularidad de goce de cada sujeto que acude a la consulta.

Podríamos ubicar en este caso al Otro social encarnado en el Estado como la institución que se encargaría de velar por el cuidado y protección de los ciudadanos, un Estado moderno con un empeño lógico de regulación de las conductas de los sujetos, sostenido por un ideal “para todos”, amparando el “bien común” y la “salud pública”. Todo lo que concierne a las políticas de Estado en el ámbito de la salud estaría orientado por ese ideal. La mayoría de las instituciones de salud de nuestro país muestran en su propuesta de tratamiento y en sus objetivos su estrecha relación a dicho ideal.

Lo que resulta evidente hoy en el ámbito de la Salud Pública es que, como efecto de lo que se conoce como subjetividad de la época, el marco institucional se ve cada vez más fragmentado en instancias particulares; vamos a ver que en los Centros de Salud existen cada vez más servicios de atención diferenciados para lo que se entiende como patologías específicas: anorexia, bulimia, adicciones, ludopatías, violencia, etc. Así el campo de la salud pública se fragmenta en “especialidades” desde las que se intenta responder a los sujetos que llegan en demanda de tratamiento.

Para el caso de las toxicomanías, como trasfondo de esta fragmentación y de esta respuesta que se espera del trabajo institucional, impera la demanda de una eficacia medida en términos de desintoxicación, rehabilitación y resocialización de los sujetos que allí tratan su problemática de consumo.

Orientadas por esta lógica del Otro Social existen políticas cuyos efectos inciden en el campo de la Salud Pública. Entre ellas, podríamos destacar las Políticas de Control Social, las Políticas de Mercado y en tercer lugar, las Políticas en Salud Mental.

Las políticas de Control Social, se encuentran plasmadas para esta problemática en la Ley 23.737⁴ promulgada en el año 1989, referida a la tenencia y tráfico de estupefacientes, conocida como Ley de Drogas. Me interesa hacer mención a dos artículos de esta ley que según considero, describen el marco en el que se inscribe -en un porcentaje considerable de casos- la demanda de tratamiento:

Art. 14. *Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de ciento doce mil quinientos a dos millones doscientos cincuenta mil australes el que tuviere en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.*

Art. 17. *En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación, por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.*

Queda claro en el texto de la ley, cómo, en algunos casos el tratamiento que un sujeto solicita en una institución, indicado por un Juez bajo el nombre de “**medida de seguridad curativa**”, se plantea como una sustitución a la “**pena**” de prisión. Esta es una variable a considerar, cuando llegan sujetos a la consulta presentándose con el enunciado: “vengo por la causa” en los que no existe la voluntad o decisión personal de realizar un tratamiento. Este tipo de tratamientos “obligados” por el dictamen de un juez suelen conocerse bajo el nombre de tratamientos compulsivos.

Respecto de las políticas de Mercado podemos hacer referencia a políticas que en el campo del psicoanálisis son consideradas bajo el imperio del llamado discurso del capitalismo, y que promueven un empuje al consumo en el que la toxicomanía actual toma su lugar.

Los efectos particulares de estas políticas se ven plasmados por ejemplo, en el texto de leyes vigentes desde 1993 y de la Constitución Nacional en su reforma de 1994⁵, en el que se protegen los derechos no ya del ciudadano sino del “consumidor”, nueva figura de rango constitucional que da cuenta de la impronta de la subjetividad

⁴ Ley 23.737 Régimen Penal de Estupefacientes. Buenos Aires, 21 de Septiembre de 1989. Boletín Oficial, 11 de octubre de 1989.-Ley Vigente- (Ver en la sección Legislación de la página Web de la Práctica de Investigación: La psicología en el ámbito Jurídico. Facultad de Psicología. UBA www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/index.htm)

⁵ Referencia a la Ley 24.240, Ley de Protección del Consumidor promulgada el 22 de Setiembre de 1993 y al artículo 42 de la Constitución Nacional de la República Argentina cuya reforma fuera promulgada el 19 de Agosto de 1994. Encontramos una interesante reflexión sobre el tema en el texto del historiador Ignacio Lewkowicz “Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez” Ed. Paidós, Primera Parte, “Del ciudadano al consumidor. La migración del soberano”, pág. 19 a 39.

de la época y sus consecuencias. En términos de E. Laurent: *"Es esperable que a partir de la definición del estado normal del sujeto como consumidor, el consumidor encuentre su destino en los productos que pueda comprar."*⁶

Finalmente, en el marco de las llamadas Políticas en Salud Mental es donde podemos ubicar con más claridad lo que se plantea como salida de la toxicomanía bajo el ideal médico-social de abstinencia de consumo, y respondiendo a este ideal la mayoría de las instituciones especializadas ordenan su propuesta de tratamiento. Entre ellas gran parte de las comunidades terapéuticas, las llamadas granjas, los grupos de autoayuda de Narcóticos Anónimos (N.A.), de Alcohólicos Anónimos (A.A.), aspiran en su discurso y en la lógica con la que sostienen sus dispositivos terapéuticos, al pasaje de "ser adicto" a ser "ex-adicto" o "adicto recuperado", pasaje que marca y liga al sujeto desde entonces a ese nombre como su modo de articulación con la palabra y con la cultura en la que está inmerso.

En la concepción clásica de estos dispositivos lo que se entiende como cura es el logro de la abstinencia, y en muchos casos esta aspiración se hace efectiva a través de lo que podríamos pensar como una sustitución "ortopédica" del goce del tóxico por el goce de la renuncia, introduciendo en muchos casos un sentido religioso como soporte y marco del tratamiento.

Debido a la insistencia con la que fracasa este ideal, han surgido en las últimas décadas, lo que se nombra como políticas de Reducción del Daño, en las que ya no se aspira únicamente a la abstinencia sino a prevenir y cuidar de los riesgos concomitantes a las prácticas de consumo, intentando intervenir sobre las conductas que pueden dañar al propio sujeto que consume o a la comunidad. El uso de drogas no desaparece pero se disminuyen sus efectos dañinos. Las políticas de Reducción del Daño se implementan acercándose a las zonas de riesgo, a las villas de emergencia, a las zonas marginales, sin el objetivo de que los sujetos accedan a un tratamiento, pero en cambio se les enseña a usar correctamente las jeringas a quienes consumen por vía venosa, se les entregan jeringas descartables y profilácticos para evitar por ejemplo el contagio del HIV, etc., estrategias que surgen como un modo de responder al fracaso del ideal médico-social de abstinencia.

Otro modo de respuesta a este fracaso son los llamados Tratamientos de Sustitución. En nuestro país se implementa esta política en algunos tratamientos basados en la sustitución de la droga "ilegal" por psicofármacos indicados y regulados por un médico psiquiatra con el fin de que el sujeto pueda hacer más tolerable la abstinencia. En otros países en los que es frecuente el consumo de heroína, se han utilizado diversos fármacos –el más conocido entre ellos es la metadona– para estabilizar a los sujetos que consumen con el fin de mejorar su salud y su funcionamiento social durante la abstinencia de dicha droga.

Éste sería, a grandes rasgos, el escenario en el que nos insertamos e intentamos aplicar nuestra práctica quienes trabajamos con la problemática de las toxicomanías orientados por el psicoanálisis.

Dicha orientación nos lleva inevitablemente a situar esta problemática como uno de los modos posibles en que puede presentarse la particularidad de goce de cada sujeto, lo que nos posiciona de manera directa frente a una clínica centrada en el caso singular. En términos de Mauricio Tarrab: *"Lo particular de cada caso, es una de nuestras exigencias para afrontar el tema de la toxicomanía en nuestra época, época de generalización, de homogeneización, de globalización. Y al hacerlo ponemos en marcha una suposición que tiene consecuencias clínicas precisas. Cual es la de suponer más allá de la droga, el drama subjetivo al que la droga viene responder con mayor o menor éxito."*⁷

Tomamos entonces como punto de partida aquello que está situado más allá del objeto droga. Y si nuestra dirección nos conduce hacia la ubicación del drama subjetivo al que la droga viene a responder, un texto paradigmático será "El malestar en la cultura" donde Freud hará una referencia precisa al consumo de tóxicos, como uno de los modos más eficaces de respuesta al malestar. Una vez más encontramos allí, y ya desde el año 1929, una valiosa orientación para nuestra práctica.

En palabras de Freud: *"La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas." (...) "Empero, los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo". (...) "El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación." (...) "Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aún pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. No solo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los quitapenas es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y*

⁶ Del hacer al Decir. La clínica de la toxicomanía y el alcoholismo. Ed.Plural, año 1998. Eric Laurent, Conferencia. Pág. 61

⁷ Más allá de las drogas- Estudios Psicoanalíticos. Ed. Plural, año 2000. Mauricio Tarrab, Las salidas de la toxicomanía. pág.148.

dañino. En ciertas circunstancias, son culpables de la inútil dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos.”⁸

La orientación que brinda esta consideración respecto del consumo de tóxicos, sitúa de entrada al sujeto como responsable de su posición de goce y de su modo particular de responder a las restricciones que la cultura le impone. El foco de la problemática se centrará entonces en el sujeto y su goce, y en la función que sostiene el objeto droga en su economía libidinal.

Otra consideración necesaria para esta clínica refiere a la posición desde la cual vamos a acercarnos a quienes allí consultan. Hago referencia con ello, a una posición que nos permita *“resistir a las generalizaciones que la época impone”*.⁹

Estas generalizaciones quedan plasmadas de manera evidente en el ámbito de los servicios de Salud Mental organizados por “especialidades” sostenidas por el discurso del Otro social que nombra, distribuye y etiqueta quienes son los adictos, los ludópatas, las anoréxicas, los bulímicos, etc.

Esta es una consideración fuerte, resistir a estas generalizaciones es ponerlas en cuestión, aunque estemos trabajando dentro de un Servicio que se llame “Servicio de adicciones”, lo que hace suponer que somos “especialistas” en aquello que nombra al sujeto a partir de su problemática. La práctica me ha llevado a pensar y hacer uso de ese lugar, -que el marco institucional asigna- al modo de un semblante desde el cual ofrecemos nuestra escucha integrando un equipo de trabajo, un semblante que asume la suposición de cierta experiencia y cierto recorrido en esa problemática, y cuyo efecto solo tendrá lugar a condición de estar advertidos de que su uso será a los fines de propiciar que un sujeto se acerque a la consulta y de generar la transferencia, uso que desplegará sus efectos solo si no olvidamos que el saber se sitúa en el inconsciente y no en consideraciones a priori que sigan al sujeto borrando su particularidad.¹⁰

Otra orientación que nos brinda el texto de Mauricio Tarrab refiere a *“estar advertidos y no ser tragados por los discursos que circulan en las instituciones”, “dejarse sorprender y apostar, sin garantías”*.¹¹ Resulta dificultoso para quienes trabajamos en el ámbito institucional, interactuando permanentemente con otros discursos –médico, jurídico, social, etc.- no quedar mimetizados a los mismos y poder articular nuestra posición y nuestro marco teórico con prácticas y lógicas sostenidas por una concepción de sujeto diferente a la propuesta por el psicoanálisis. “Dejarse sorprender” es una indicación que nos sitúa en la perspectiva ética, una posición desde la que hacemos lugar a la destotalización y a los puntos de inconsistencia estructurales del saber previo que enmarca nuestra intervención; una posición que hace posible escuchar al sujeto que consulta, más allá de ese nombre que lo trae y lo marca, haciendo lugar a su particularidad.⁷

Tomar en cuenta estas consideraciones ofrece un marco para pensar -desde el texto de M. Tarrab- la salida de la toxicomanía como la entrada en el discurso y la entrada en la transferencia: *“...pensar en cada caso la pertinencia de la indicación de la intervención analítica y en que casos desalentarla, o postergarla para un momento más adecuado, o combinarla con otras medidas terapéuticas que abran la posibilidad de pasar del hacer al decir.”*(...) *“Se sale de la toxicomanía no solo si eso que funcionaba ya no funciona más, porque se ha atravesado algún límite sea social o del propio cuerpo. Se sale de la toxicomanía si en ese límite se produce la significación de un saber supuesto en el Otro, es decir el agalma de la transferencia”*.¹²

Aquí se sitúa una diferencia radical respecto de lo que se plantea desde la perspectiva del Otro Social como salida, dado que desaparece la referencia a una eficacia sustentada en el ideal de abstinencia de consumo. Pero esto no quiere decir que no tenga importancia si el paciente deja o no de consumir, no quiere decir que no consideremos la fijeza, la regulación o el abandono de la práctica de consumo, sino que la dirección de la cura no está orientada por ese ideal. Y agregaría, sirviéndome de una idea freudiana, que la renuncia por parte del sujeto a esa práctica de goce vendrá *“por añadidura”*, si a partir de nuestra intervención en el terreno de la transferencia, logramos *“ubicar por qué vía somos capaces de tocar, de mover, de perturbar algo de ese real que resiste en la práctica del toxicómano.”*¹³

Es interesante una aclaración que Tarrab agrega al plantear como salida, la entrada en la transferencia: *“eso no supone sin embargo la entrada en un análisis, eso puede ser la oportunidad de verificar el triunfo del sentido”*.¹⁴

⁸ Freud, S.: Obras completas. Tomo XXI. Amorrortu Ed.. El Malestar en la Cultura, año 1929. Cap. II, págs. 75 a 78.

⁹ Idem 4, pág. 147

¹⁰ Estas consideraciones son desarrolladas en extensión en el texto de Viviana Carew: Acerca de las patologías que nombran. Reflexiones éticas. (Ver en la sección Textos y Artículos de la página Web de la Práctica de Investigación: La psicología en el ámbito Jurídico. Facultad de Psicología. UBA

www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/index.htm

¹¹ Idem 4, pág. 147

¹² Idem 4, pág. 151 y 155.

¹³ Idem 4, pág. 146.

¹⁴ Idem 4, pág. 155

Lo importante radica entonces en cómo orientar la problemática hacia otro escenario, cómo lograr un pasaje del goce de la sustancia al goce de la palabra, cómo interesar, cómo causar al sujeto hacia una práctica de sentido, que algo que se sitúe más allá del consumo adquiera valor, que la preocupación, las preguntas, el interés, recaiga en otra cosa.

Este "triunfo del sentido", es lo que sostiene la eficacia de muchos tratamientos como por ejemplo, los dispositivos de Narcóticos Anónimos (N.A.), Alcohólicos Anónimos (A.A.), las comunidades terapéuticas y las granjas, instituciones que funcionan desde hace muchos años, en las que lo que circula, lo que se oferta, es algo del orden del sentido, por ejemplo, por la vía de la autoayuda, de la constitución de un "nosotros", de un lazo social propiciado por la identificación a la figura del director o del coordinador que atravesó y superó la problemática de consumo y es fiel testimonio de la posibilidad de recuperación, sosteniendo así la cohesión y la ilusión grupal.

Hay también un sentido que triunfa, en las comunidades que están orientadas por un ideal religioso, en las que el paciente abandona la práctica de consumo para entrar en una práctica de renuncia ligada al arrepentimiento, la culpabilización y a la expiación frente a la figura de Dios.

También se introduce una práctica de sentido a través de la filosofía de vida, los valores, las normas, las responsabilidades y los objetivos que sostienen la estructura de funcionamiento de comunidades terapéuticas dirigidas por profesionales de la salud o por sujetos que han hecho del aprendizaje obtenido en su propio tratamiento su oficio como Operadores socio-terapéuticos.

Es en este punto donde podemos pensar la importancia de la inclusión de la perspectiva del psicoanalista en las instituciones, para que a partir de este primer movimiento de "triunfo del sentido", pueda existir para algunos sujetos la ocasión de interesarse en su inconsciente. Será solo a partir de esa entrada en el discurso, de esas "precondiciones clínicas"¹⁵ en términos de E. Laurent, que un sujeto podrá, escuchado y orientado por el analista, interesarse en su inconsciente, y hacer aparecer allí la posibilidad de una entrada en análisis.

En su Conferencia, E. Laurent parte de la propuesta de no oponer el consultorio a la institución, y de considerar que en las toxicomanías, son pocos los casos que pueden mantenerse solo en los consultorios. Ubica entonces la eficacia de las instituciones en tanto podamos pensarlas como "precondiciones para interesar al sujeto en su inconsciente" y dice: "Si el sujeto se queda solamente en el nivel de "no soy un toxicómano", no tiene interés. Tiene que transformar esto en la pregunta por el quién soy, entonces buscará en el inconsciente los signos de su identificación posible."¹⁶

Hasta aquí dejo planteadas algunas consideraciones respecto de estas dos dimensiones que se entrecruzan en los tratamientos de las toxicomanías.

Llegado este punto haremos referencia a dos citas del texto de Fabián Naparstek que van a dar, en parte, el marco conceptual al material clínico que presentaremos a continuación. El texto recorre un desarrollo que tiene como fin pensar la efectividad de la dirección de la cura orientada por el Psicoanálisis en la práctica clínica en instituciones. Para ello el autor se sirve del escrito de Lacan: "La dirección de la cura" para situar al analista en el marco de la institución. Cito: "Mi idea es cómo pensar y armar instituciones que sigan esta lógica, instituciones que sean Otro barrado, instituciones que, además de reglas puedan tomar caso por caso, y puedan tener un deseo en su centro."¹⁷

Respecto del Otro barrado dirá: "Toda la idea de Lacan en este texto es, que depende de cómo encarnamos ese Otro, se verá si podemos llevar esa pregunta -la pregunta del sujeto- a un despliegue que permita un análisis. En conclusión, lo que él va a decir es que el analista es el capitán de su barco, pero propone no ejercer el poder que ese capitán del barco tiene. Es decir, según Lacan, se dirige la cura pero no se dirige a los pacientes. (...) Y la única manera de llevar esa pregunta a que se despliegue es que en el Otro haya un hueco, haya un agujero, haya un deseo, y esta es toda la idea, a mi gusto, de este texto. La tesis de Lacan es que la posibilidad de que hagamos aparecer un sujeto barrado depende únicamente de que en el lugar del Otro haya un Otro barrado."¹⁸

Y luego cita a E. Laurent para ubicar algo que me parece interesante para pensar estas dos lógicas o dimensiones diferentes que operan en una institución: "El analista más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista tiene que ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición, (...) ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o anti-humanista, se olvide la particularidad de cada uno."¹⁹

¹⁵ Idem 3, pág. 66

¹⁶ Idem 3, pág. 66

¹⁷ La dirección de la cura en la toxicomanía y el alcoholismo; su efectividad en instituciones. Fabián Naparstek. En Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo. Grama Ediciones. Año 2005. pág.133

¹⁸ Idem 14, pág. 129

¹⁹ Idem 14, pág. 134

Y finalmente, refiriéndose a esta orientación que propone para la dirección de la cura en las instituciones ubica lo siguiente: *“Es mucho esfuerzo, porque hay que tomar a cada paciente, hay que pensar cada caso, y en base a eso empezar a tomar decisiones, en vez de decir: todos van por acá. Esto es lo que hacen todas las instituciones que tienen un cronograma: primer tiempo esto, segundo tiempo esto otro, tercer tiempo esto otro. Puede existir y nadie se opone, pero parece importante pensar cómo cada sujeto pasa esos tiempos, el tiempo previo a la internación, etc. Y como pensar cada caso en relación a la estructura normativa de una institución.”*²⁰

Para cerrar, podría agregar que se trata entonces, en la clínica en instituciones, de situar en cada caso no solo la particularidad de goce del sujeto, sino también la relación de ese sujeto con el campo normativo en el que, a sabiendas o no, está inmerso. Bien se trate del marco jurídico legal, o se trate de la normativa institucional, habrá que ubicar la posición singular del sujeto frente a esa dimensión planteada “para todos” desde el Otro social.

Un material clínico

M es una joven de 16 años que realiza tratamiento bajo el dispositivo Hospital de Día en una institución dedicada a la drogodependencia y el alcoholismo. En las entrevistas de admisión a la institución, refiere haber comenzado a consumir hace solo cuatro meses, ubicando la causa de su consumo en la conflictiva familiar. Según sus dichos consumía marihuana, alcohol y psicofármacos, solo los fines de semana. Para entonces su madre, acude a la Defensoría de Menores abriéndose allí un expediente que indica la realización de un tratamiento aplicando la medida de “protección de persona” establecida en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Esta medida cautelar es aplicada por la Justicia a situaciones diversas, y utilizada como respuesta a problemáticas en las que estén involucrados niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de riesgo.

M convive con su madre, un hermano de 17 años, también consumidor de drogas, y una hermana de 20 años y cursa por segunda vez el primer año de la escuela secundaria.

Desde el comienzo del tratamiento y debido a la mala relación con su madre M pedía quedarse los fines de semana en la institución, pedido al que se accedía en algunas ocasiones y también reclamaba que su tratamiento se realizara bajo la modalidad de internación. Se la notaba muy integrada al grupo de pares pero no a las normas del tratamiento, generando escenas de seducción hacia sus compañeros y mostrando una posición de rebeldía y desafío frente a cualquier figura de autoridad. Pasado un mes de tratamiento, M se fuga por la noche de su casa, su madre acude nuevamente a la instancia judicial y M es trasladada en un patrullero a la institución, momento desde el cual se decide su internación.

Desde el comienzo del tratamiento y durante ocho meses, el espacio de entrevistas individuales fue conducido por otra profesional de la institución; luego, debido a la renuncia de esta, recibo la derivación de M. Entre los datos que me informa dicha profesional, comenta que durante esos ocho meses era muy poco lo que esta joven hablaba en las entrevistas y que generalmente sostenía una posición de queja con respecto a las normas y pautas de la institución. La directora del área clínica le preguntó a M con quién quería continuar su tratamiento individual la joven elige continuarlo conmigo dado que me conocía a partir de algunas intervenciones en los momentos en que yo realizaba guardias nocturnas en la institución.

En su primera entrevista, M hace referencia a una escena que había transcurrido la noche anterior, en la que encontrándome de guardia se acercan dos pacientes con actitud desafiante pidiendo la llave de la institución y planteando su decisión de irse “por las buenas o por las malas”. M dice *“yo no pude decir nada, te miraba a vos y los miraba a ellos desde la sala, parecía que estaban afanando un local, yo estaba afuera de la situación, no sabía de que lado ponerme...esa es mi parte de público, me pasa también en los grupos; yo lo sabía y no pude decir nada...es el gustito de tener información, yo tenía una relación con ellos, siempre que tuve algo lo perdí”*.

El “no decir nada”, el “estar fuera”, el “no saber de que lado ponerse”, y su relación al “tener” y al “perder” quedan enunciados en su primera entrevista y serán puntos recurrentes en los dichos de M. a lo largo de los siguientes encuentros.

A partir de esos puntos entonces, está organizado el recorte del material clínico de M durante los cinco meses siguientes de su tratamiento, hasta que se interrumpen las entrevistas debido a mi renuncia al cargo que ocupaba en la institución.

El silencio como posición de goce

M. dice: *“A los 12 me enteré que mi papá tenía otra familia, después veía en la casa de él los juguetes y la ropa que me faltaba...en mi casa él era un visitante.”*

“Desde los cinco años mi papá me manoseaba, yo creía que era un juego. Tuvo relaciones sexuales conmigo cuando yo estaba drogada, a los 14.”

²⁰ Idem 14, pág.135

"A los cinco años es el último recuerdo de los cinco juntos, después mi mamá empezó a estar siempre en la cama y nosotros a salir a la noche con mi papá, a una plaza para que nos cansemos y nos vayamos a dormir." "Mi papá era un cachivache, pero levantabas la voz y estabas en el piso, en la ducha de agua fría o con un cachetazo...después esa figura se me cayó."

En otra entrevista hace referencia a dos compañeros de tratamiento, de edad avanzada, de los que dice que le recuerdan al padre, son "manipuladores" como él, *"Me dan asco, les tengo miedo cuando los enfrento, es como que me tengo que defender...con mi papá me pasaba lo mismo."* *"A los nueve años me sacaba la remera, quería que esté desnudita, me pintaba, me cortaba el flequillito, él jugaba y yo tenía que callarme, yo veía todo como un juego...todo silencio."*

En otro encuentro trae un sueño en el que alguien que no recuerda le decía *"que deje de hablar"..."como que si sigo hablando algo malo me va a pasar."* *"Con mis viejos me la pasé tirando de la soga de los dos para que no se separen, yo sabía que mi papá tenía otra familia, si hablaba se separaban...pero mi silencio no valió de nada, yo no le dije cosas a mi papá para que no se fuera, y se fue igual."*

El "no decir nada" es una posición que repite en reiteradas ocasiones en el escenario institucional, siendo la que siempre sabe quienes planean fugarse y quienes transgreden las normas y "hace silencio".

En una entrevista se pregunta: *"¿No se porqué vienen hacia mi los secretos?" "Al final me termino callando la boca y me dejan re tirada"*. Se angustia frente a este enunciado, referido entonces al abandono del tratamiento de algunos compañeros.

En el espacio terapéutico grupal posterior a esa entrevista, frente al coordinador y a sus pares, decide "blanquear" todas las transgresiones a las normas y los secretos propios y de compañeros que "se había guardado" hasta entonces. En una entrevista vincular con su madre, también decide "destapar la olla" según sus enunciados. Dice: *"Mi hermana se fue de mi casa...yo sabía que a los 21 se iba". Sobre la supuesta violación de mi papá, le dije a mi mamá: -es mentira-, mentí para poder alejarme de él, yo estoy resentida con él. Cuando vi que él tenía otra familia, vi su otra cara... cuando me enteré que mi papá violó a la nena de su mujer empecé a fabular...yo era idéntica a la nena, el flequillito...empecé a tener sueños morbosos..." "No se que creer, si lo que digo yo o lo que dice mi mamá..."*. *"Quién carajo soy, me pregunto..."*. *"Veo a mi papá y a mi mamá y no los conozco."* *"Necesito que me ayuden a saber quién soy yo"*.

La ambivalencia como síntoma

A partir de esa entrevista, y del "blanqueo" frente a sus pares, se muestra en los siguientes encuentros intentando encontrar respuestas a la pregunta que quedó planteada y subrayada en presencia de la analista.

Dice: *"No me pongo a la par de la gente, o soy superior o soy un sorete, o soy la chica diez, o soy la peor. Antes yo era como una mina que el viento la llevaba..."*

La ambivalencia en la relación con sus pares, la lleva a pensar en la relación con su madre: *"Porqué ese odio a mi vieja, si mi vieja siempre estuvo...ella ponía límites aunque yo no los tomaba."* *"No se que me pasa con ella, por un lado me genera violencia, por otro lado me da lo mismo que esté o no esté...las chicas abrazan a sus madres y las destrozan...mi vieja me abraza y siento incomodidad."* *"Con mi vieja o la mato o siento que la tengo que contener...la piso o me pisan."*

En términos de ambivalencia y de rivalidad con sus pares en el escenario institucional fue posible la puesta en escena de algunos puntos de la problemática subjetiva de M y la puesta en marcha de su interés por la búsqueda de respuestas.

En una de las últimas entrevistas en que tuve la posibilidad de escucharla, dice sentir que ahora está *"en otro lado"* y que antes *"compró"* todo lo que su padre *"le vendió"*. *"Ahora acá, jugar es jugar, y hablar es hablar, antes todo terminaba en otra cosa, en algo sexual..."*. *"Yo daba lugar para que me falten el respeto..."* *"Ahora se acabó el juego."*

Hasta aquí el recorte clínico.

Antes de hacer algunas puntuaciones sobre este material –con la idea de subrayar cómo el escenario institucional y la dimensión normativa posibilitaron que se ponga en escena el drama subjetivo de M– quisiera referir a una lectura que Fabián Naporstek realizó –en una clase en la que presenté este material clínico– centrada en la situación que M trae a su primera entrevista.

Interesado por dicha situación, pide que le amplíe con más detalles lo que pasó con esos dos pacientes que decidieron fugarse: la escena fue como la describe M, yo estaba de guardia eran las doce de la noche, los pacientes ya estaban descansando, y ella se había quedado fumando en la sala contigua.

Repentinamente bajan esos dos pacientes de sus cuartos, con sus buzos cerrados tapando la mitad de sus rostros, se paran con las piernas abiertas contra la puerta, con actitud amenazante y me dicen *"Viviana danos las llaves, nos vamos a ir por las buenas o por las malas"*.

Era la primera vez que debía responder a una situación de ese orden en la institución, no estaba habituada a hacer guardias, y la primera respuesta que se dibujó en mi rostro frente a esa intimidación fue una mezcla de risa y temor. La risa tuvo que ver con cierto efecto que me provocó verlos en esa puesta en escena, serios, queriendo asustar, pero fue algo no calculado, producto de la sorpresa y de no saber como iba a manejar la situación. Eran las doce de la noche y yo tenía que decidir y calcular cierto riesgo que podrían correr esos jóvenes al dejarlos irse de la institución.

Mis primeras palabras enunciaron que yo no les iba a impedir que se fueran, pero que tenía que cumplir con las normas que enmarcaban mi trabajo como psicóloga de guardia, y que necesitaba que firmen en sus historias clínicas que se hacían responsables de lo que les pudiera pasar en la calle y que si ellos no hacían esto me comprometían a mí en mi profesión y en mi función en la institución.

Fue evidente como este pedido los descolocó, y desde una posición un poco más floja me dijeron "bueno esta bien, pero rápido, no nos des vueltas, nos queremos ir". Las historias clínicas estaban en un consultorio en el piso superior, y esa escalera me brindaría algo más de tiempo para pensar como seguir con esa situación. Me acompañaron, tomé las historias clínicas y empecé a escribir el texto que ellos iban a firmar, y como había un teléfono allí, ellos tenían miedo a que hiciera un llamado, con lo cual mientras escribía, se sentaron a modo de escolta, uno de cada lado; la escena para entonces se había tornado casi grotesca.

Yo no percibí que M seguía toda la escena, ella estuvo a distancia observando. En un momento uno de ellos me dice *"bueno si te vamos a hacer kilombo a vos, déjame que llamo a mi viejo, le voy a decir que me venga a buscar"*; acepté su pedido, habló con su padre quien en menos de una hora lo vino a buscar, firmó el abandono del tratamiento y se retiraron, no sin agradecerme "la ayuda" que le había dado en los meses de entrevistas, dado que era yo quien lo escuchaba en su espacio de terapia individual.

El otro paciente, desorientado por la nueva posición de su compañero, me pide hablar con el auditor de su Obra Social, que era quién estaba a cargo del tratamiento, dado que tenía ocho causas judiciales y carecía de familiares responsables. El auditor le dijo que si quería se fuera, y que en menos de 24 horas seguramente iba a estar preso. El paciente entendió que no le convenía irse y decidió quedarse y se fue a dormir. Luego de ese desenlace logré tranquilizarme, sin saber muy bien que fue lo que allí me orientó ni cómo había logrado revertir la situación.

Al día siguiente M pide que sea yo su terapeuta y es en ese punto donde Fabián Naparstek señala –lo que debemos considerar como una lectura posible de la situación– que algo de lo que allí presenció M, fue lo que abrió la posibilidad de que pueda pasar de la posición de silencio, de su negativa a hablar durante ocho meses con la anterior profesional, a poder comenzar a poner en palabras su drama subjetivo, en esos cinco meses de entrevistas conmigo. Lo que allí se puso en juego desde esta lectura, en mi posición frente a la situación generada por los dos pacientes, fue la introducción del Otro barrado, haciendo referencia, sin calcularlo, a la dimensión normativa, al marco legal que atraviesa mi función allí como profesional. La posición desde la que intervine, sirviéndome de la referencia a una legalidad, no solo tuvo por efecto desarticular la decisión de fugarse por parte de los pacientes, sino que abrió para M ese espacio, esa grieta, que posibilitó llevar su silencio al campo del decir.

M comienza a hablar, pasando del goce del silencio al goce "del blanqueo", empieza a desenmascarar a quienes la rodean y a sí misma ubicando así algunas cuestiones de su historia. El material fantasmático, su novela familiar, comienza a situarse a partir del escenario que propicia el ámbito institucional.

Es posible ubicar en el silencio de M su punto de goce. Es por la vía del silencio como intenta retener a sus compañeros al igual que a su padre, retiene el falo igualándose con los hombres y compartiendo con ellos el poder, lo que pareciera tomar el modo de una resolución histérica. Se ponen en evidencia también en la escena institucional las vías de desimplicación subjetiva en su "parte de público" y su "estar por fuera", posicionada en la exclusión.

La ubicación de estas líneas para empezar a pensar el caso fue facilitada por el escenario institucional. Tal vez, si M hubiera iniciado un tratamiento solo a través de entrevistas individuales, sin la introducción del escenario institucional, de las normas institucionales, de las transgresiones a las mismas y de la relación con sus compañeros de tratamiento, hubiera pasado mucho tiempo para que M pudiera empezar a enunciar, en el marco del consultorio, la fantasmática que sostiene su síntoma.

Considero que es desde esta perspectiva desde donde debemos situarnos para pensar nuestra intervención como analistas en el marco de una institución, sirviéndonos de la escena que esa lógica normativa-institucional propone para ubicar allí la posición del sujeto. Pensar ese dispositivo conductual, necesario para algunos casos, como aquel que posibilita poner en escena su problemática. Se trata entonces de servirnos del marco institucional -y no de oponernos al mismo- a los fines de la dirección de la cura. La intervención del psicoanalista en la institución será entonces la que intenta suplementar la dimensión normativa y moral propiciando la dimensión del sujeto y su particularidad, introduciendo la perspectiva ética que orienta nuestra práctica.

Podríamos también verificar en este caso lo que Mauricio Tarrab menciona como el triunfo del sentido, dado que M no viene a las entrevistas preocupada por el consumo, o por la abstinencia, viene preocupada porque un compañero se fugó y “la dejó tirada”, o porque tiene un secreto que está guardando, o porque trasgredió una norma institucional y no lo dice, o porque lo dice y la sancionaron. Esta es su novela actual, la que la hace hablar, la que pone a la luz su posición en el marco de la transferencia, y la que posibilita que nuestra intervención recaiga sobre otro escenario, el del sujeto.

Resulta evidente que el tema del consumo no fue central en este tratamiento, pero sí fue ciertamente el recurso fallido al tóxico lo que hizo que M fuera escuchada –en su silencio y en su hacer– primero por su madre, quién respondió recurriendo a una instancia legal, y luego por quienes allí intervinieron ubicando una menor en riesgo, riesgo que no pareciera referir para entonces a su práctica de consumo pero sí a sus acciones. El marco normativo-institucional y la intervención del analista propiciaron en M la posibilidad de pasar del hacer al decir.