



EL HORMIGUERO Psicoanálisis ◊ Infancia/s y Adolescencia/s

DESTINOS DE (S)UBJETIVACIÓN EN LOS ABORDAJES DE LAS ADICCIONES

SEBASTIANA ANAHÍ CUEVAS ENCINA

Universidad Nacional del Comahue

Centro Universitario Regional Zona Atlántica

anahiencina@hotmail.com

Destinos de(S)ubjetivación en los abordajes de las adicciones.

Resumen

El presente escrito está enmarcado en el PI V112 “Destinos de(s)ubjetivación en infancia/s y adolescencia/s, intersecciones y comunidad” (CURZA-UNCo), dirigido por la Dra. Patricia Weigandt y codirigido por la Lic. y Prof. Marina La Vecchia. El mismo corresponde a un recorrido de investigación que fue plasmado en la tesis de grado de la Licenciatura en Psicopedagogía titulada “El aprendizaje como espacio posibilitador de cura de las adicciones” (UNCO-CURZA) dirigida por la Dra. Patricia Weigandt. Todo lo antes mencionado está enmarcado teórica y metodológicamente en el psicoanálisis.

Este recorrido se centrará en las posturas de mayor resonancia mundial acerca del “fenómeno de las adicciones” y de las que se han desprendido diferentes dispositivos para el abordaje del mismo. Poniendo en tensión sus postulados desde aportes psicoanalíticos.

La profundización conceptual acerca de qué representaciones sostienen y cómo estas operan, resulta de gran valor al momento de ubicar e ir precisando los destinos que ponen en marcha desde sus cosmovisiones.

Palabras clave: Adicciones; paradigmas; sujeto; psicoanálisis.

Reseña Curricular

Licenciada y Profesora en Psicopedagogía (UNCo-CURZA). Integrante de Proyecto de Investigación PI V112 “Destinos de (s)ubjetivación en infancia/s y adolescencia/s intersecciones y comunidad”(CURZA-UNCo) . Asesora Pedagógica (2016 hasta la fecha). Consejo Provincial de Educación del Neuquén. Antecedentes: Integrante de PI 04/V074 (CURZA-UNCo): Periodo 2012-2013. Integrante PI 04/V094 (CURZA-UNCo): Periodo: 2014-2017. Integrante Proyecto de Extensión (PE) N° 503 (CURZA-UNCo): Periodo: 2012-2013. Integrante PE N° 614 (CURZA-UNCo): Periodo: 2014-2015.

Destinations of (s)ubjectivation in the approaches of addictions.

Abstract

The present writing is currently framed in the research project V112 "Destinations of (s)ubjectivación in infancy / s and adolescence / s, intersections and community" (CURZA-UNCo), directed by Dr. Patricia Weigandt and co-directed by B.C. and Prof. Marina La Vecchia. It takes part of a research path that was embodied in the thesis of the B. A. Degree in Psychopedagogy entitled "Learning as an enabling space for the cure of addictions" (UNCo-CURZA) directed by Dr. Patricia Weigandt. All of the aforementioned is framed theoretically and methodologically in psychoanalysis.

This tour will focus on the postures of greater global resonance about the “phenomenon of addictions” and from which different devices have emerged to deal with it. We'll put their postulates in tension from psychoanalytic contributions.

The conceptual deepening about which representations they hold and how they operate are of great value at the moment of focusing and defining the destinations they set in motion from their worldviews.

Keywords: Addictions; paradigms; subject; psychoanalysis.

Destinos de (S)ubjetivación en los abordajes de las adicciones.

Graciela Touzé (2006) manifiesta que hay “Diferentes enfoques que discuten qué hacer con las sustancias y con sus consumidores [...] que han dado lugar a la configuración de modelos de intervención que utilizan categorías analíticas diversas y aún contrapuestas.” (p.34). La autora antes mencionada distingue cinco discursos que impactan sobre las drogas en lo referente a las políticas e intervenciones, basándose en un clásico trabajo de Helen Nowlis (1975) quien realiza su análisis en base a la interacción entre la sustancia, la persona y el contexto. Dichos discursos son: El Moral Jurídico; El Médico-Sanitario; El Psicosocial; El Sociocultural; El Geopolítico. La circulación y entrecruzamiento de estos discursos ha conformado un campo de saberes que han quedado plasmados mayoritariamente en dos paradigmas: el Prohibicionista o Abstencionista y el de Reducción del Daño. Ambos Paradigmas han tenido y tienen vigencia en la actualidad y han sido sostenidos y fortalecidos a lo largo del tiempo al punto de instalarse como visiones hegemónicas que inciden directamente en la conformación de las representaciones que se han venido sostenido socialmente y desde los abordajes e intervenciones sobre la problemática de las “adicciones”.

Por este motivo es que nos adentrarnos en un breve desarrollo de los mismos para ir ubicando los destinos de subjetivación y desubjetivación que proponen cosmovisiones y abordajes.

Es en la primera mitad del siglo XX donde la concepción prohibicionista encuentra sus orígenes debido a que diversos países comienzan a plantearse, desde sus sistemas ético - jurídicos, que todo lo atinente a las sustancias sería abordado desde una política que acentuaría su mandato en la prohibición de la circulación (comercialización, consumo) de las mismas. Para ello se instrumentó la penalización de las drogas declaradas como ilegales.

Los discursos que ubicamos dentro del paradigma Prohibicionista son: 1) El Moral Jurídico; 2) El Médico Sanitario; 3) El Geopolítico:

1) El Discurso Moral Jurídico: se impuso a principios del siglo XX bajo el influjo del movimiento prohibicionista en los EEUU (Escotado, 1989. Citado en Touzé 2006) Pone el acento en la sustancia, de este modo, “la droga es pensada como sujeto, como elemento activo”. (Touzé, 2006, p. 34) Esta perspectiva declara a las conductas que se asocian a los estupefacientes como ilegales y el sujeto aparece como consumidor, quien “viola la ley (y) se lo caracteriza como transgresor, como delincuente”. (Touzé, 2006, p.34)

Dicho discurso se sostiene en una ética de valores absolutos que reduce su análisis a pares antitéticos: ilegal –legal, normal-anormal, bueno-malo; subsumiendo lo social a lo normativo. De este modo los dispositivos pensados para abordar la problemática se ven orientados a controlar al agente causal: la droga. “La legislación penal se constituye en el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas. Junto a ella una política de aislamiento, rechazo y censura hacia los consumidores.” (Touzé, 2006, p.34)

Comienzan a instrumentarse campañas informativas que postulaban/postulan a la droga como causante absoluto y único de los “males” (Quinteros, M. 2007). Generando una especie de ‘paranoia social’ que ubica a los consumidores como una amenaza pública, es decir, que la prevención muchas veces se ve reducida a un paquete de amenazas de sanción que pretenden disuadir mediante el miedo, al consumidor o posible consumidor, pretendiendo que éste se aleje de la droga.

Lo que va sucediendo es que al situar a la droga como única causa de las adicciones se le va restringiendo al sujeto su posibilidad de acción y determinación, desresponsabilizándolo y victimizándolo (Quinteros, M. 2007). Es decir, que este paradigma deja a la persona relegada a un segundo plano que hace que pierda su lugar de tal, pasando ésta a ser considerada como un objeto y al mismo tiempo, al objeto droga comienza a atribuírsele características de persona. Siguiendo esta lógica, ya no sería la persona la que se

conduce a las drogas, sino que son estas últimas las que se conducirían y tendrían el poder de captar a la persona. (Touzé, G. 2006).

Es de este modo que son gestados y toman sus raíces en esta lógica los diversos estereotipos¹ (Ianowsky y Colombo, 1999) que intentan imponer una visión del tema un tanto extrema, donde quedaría la problemática social, de alguna manera, reducida al problema de las drogas. (Touzé G. 2006) Ya que como plantea Del Olmo (1988) “los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías dominantes; por ello, en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en lo psiquiátrico e individual” (p.7)

Uno de los estereotipos más difundidos es el concepto “monolítico de droga y de consumo” a partir del cual se unifica y uniforma un concepto de droga que no hace distinciones ni especificaciones de y entre las sustancias; pero no sólo eso, sino que también queda planteada una forma de consumo única, es decir, que se disuelven las diferencias que puedan asumir los diferentes modos de consumos. En base a esto surge la llamada “teoría de la escalada”) que postula que el uso de una droga llevaría a otra que provocaría mayor degradación orgánica y social. Asimilando al consumo como paso previo a la adicción. (Ianowsky y Colombo 1999)

Estas concepciones ponen siempre el foco en la prohibición y en las drogas catalogadas como ilegales colaborando en la pretendida demonización de las sustancias, postulando que la droga sería una especie de “mal externo” que ataca a la sociedad.

2) El Discurso Médico-Sanitario: también pone el acento en la sustancia (legal o ilegal), pero entendida como agente causal de enfermedad. La identificación del agente causal se restringe a la función de su toxicidad o potencial adictivo. Considerando sus efectos

¹ Un estereotipo es la [percepción](#) exagerada y con pocos detalles, simplificada, que se tiene sobre una persona o grupo de personas que comparten ciertas características, cualidades y habilidades, y que buscan «justificar o racionalizar una cierta conducta en relación a determinada [categoría social](#)».

en el organismo, generando clasificaciones de acuerdo al grado de toxicidad (ej.: drogas blandas y duras).

El consumidor de drogas pasa de ser visto como “transgresor” a ser visto como “enfermo”. Es decir que “Se asimila el uso de drogas a una enfermedad infecto contagiosa [...] la sustancia es el agente activo que se introduce a la persona (huésped), infectándola y enfermándola si el contexto la torna vulnerable” (Touzé, 2006, p.35). Desde esta perspectiva el contexto aparece medido en términos de oferta.

Se comienza a gestar el estereotipo de que sería un problema de ‘poblaciones menos favorecidas económicamente’ o de ‘poblaciones jóvenes’ (Roncoroni, 2001, p.40)

Desde una postura extrema se comienza a equiparar la droga a la muerte. Se inscribe a la prevención en el campo de la salud pública y su objetivo es prohibir o evitar que se llegue al consumo de drogas. Esto es, se intenta disuadir mediante el miedo a los daños que las drogas provocarían en el organismo. Por otro lado, también aparecen escritos donde se describen características de las sustancias: olor, color, forma, entre otras, para que las personas puedan identificar el agente infeccioso y alejarse. De este modo la noción de tratamiento queda orientada a la abstención del uso de drogas, mediante la desintoxicación o deshabitación.

3) El Discurso Geopolítico: comenzó a ser difundido en 1980, el mismo realza el papel del Estado en la prevención a través de la intervención coordinada de los distintos organismos relacionados con la materia, a fin de establecer procedimientos multisectoriales. Centra su atención en el traficante (individuo o país) quien es pensado como un conquistador, invasor, narcoterrorista. En esta línea de pensamiento la droga es pensada como un enemigo. (Touzé, 2006)

Respecto de las críticas que se le ha realizado al prohibicionismo, una de las más claras, es la que demuestran los resultados de su implementación, evidenciando, un rotundo y

mayoritario fracaso, mostrando el aumento desenfrenado de la comercialización y del consumo.

A nivel sanitario era evidente que la puesta en marcha de las políticas prohibicionistas-abstencionistas había traído aparejada varios efectos adversos, que ya no se podían situar como efectos del consumo, sino como efectos de la implementación de las medidas prohibitivas (de abstinencia, criminalización, penalización, etc.). Medidas que han acarreado serias complicaciones tales como: la de provocar un deslizamiento que va de “guerra contra las drogas o el narcotráfico”, a en muchos casos, plantearse una especie de “guerra contra los usuarios” de dichas sustancias. Lo que llevo, inevitablemente, al alejamiento de los “usuarios de drogas” de los servicios de atención sanitaria e inclusive de otros ámbitos institucionales, producto de la fuerte estigmatización y criminalización de los mismos por la sociedad.

Dicho deslizamiento ha sido detectado y repudiado por diversos investigadores por lo mencionado en el párrafo anterior y también porque estas políticas prohibitivas han obstaculizado el debate sobre el tema en general y sobre cómo abordar la problemática.

En referencia a esto, Emiliano Galende (2008) sostiene que las visiones que abordan el problema de las adicciones desde las ópticas de la enfermedad o de lo jurídico han arrojado a la sociedad una interpretación errónea de la problemática:

[...] porque en los distintos niveles institucionales la droga aparece como si fuera un fenómeno exterior a nuestra sociedad, como algo que se introduce desde afuera para desmoralizar o emponzoñar la vida de la juventud o alterar el libre desenvolvimiento de las personas. Esta interpretación fue conformando una cierta conciencia social en torno de la problemática, que invisibiliza que el tema de las drogas es un tema interno a la cultura y a la sociedad [...] (pp. 28-29)

A pesar de los cuestionamientos el paradigma prohibicionista se ha “consolidado como el referente global para el abordaje del fenómeno” (Soriano 2010, p.24). Es decir, que ha sido legitimado por las áreas a cargo de las políticas públicas. En este punto es preciso decir que si bien son varios los discursos que atraviesan a este paradigma, el que se impuso como hegemónico a nivel sanitario, logrando mayor extensión en los dispositivos que abordan la problemática de las adicciones, fue el discurso médico- psiquiátrico. Desde allí se han ponderado nociones de carácter diagnóstico que han derivado en abordajes que centran el tratamiento en la abstinencia a la sustancia o en la medicalización.

Podemos ubicar que desde la lógica de este paradigma se ha postulado una concepción de sujeto pasivo, ya que pone el acento en factores externos al mismo, tales como la sustancia u otros usuarios (“la junta”) desresponsabilizándolo de su acto. En este sentido, el prohibicionismo ubica al “adicto” como un “anormal” que habría que reeducar para ser reinsertado al circuito social mediante la implementación de dispositivos de control, para que adquiera nuevos hábitos que lo hagan alejarse de las sustancias y de otros usuarios y sostener la abstinencia. Lo que nos lleva a una concepción de aprendizaje cognitivo-conductual, de estímulo-repuesta, de causa-efecto ya que de lo que se trataría es de corregir la conducta desviada (consumo/compulsión) y adquirir hábitos acordes a la normatividad socialmente establecida.

Esta visión sitúa como destino la exclusión del sujeto y la relación singular que establece cada humano con los objetos, entre ellos la/s sustancia/s y con otros objetos tales como los de aprendizaje. Y en ello, la posibilidad de ubicar las distintas modalidades de consumo, ya que no en todos los casos podemos pensar en un posicionamiento adictivo. En este sentido Quevedo (2007) plantea que estas modalidades de abordaje “son funcionales al discurso científico técnico capitalista, pues se centran exclusivamente en normativas rígidas de reeducación de los individuos y en la abstinencia obligatoria de sustancias, sin cuestionar

el lugar y función que ocupan en la singularidad del caso por caso.” (p.57)

En el marco de las críticas al Paradigma Prohibicionista, comienza a tomar fuerza, en principio como estrategia sanitaria, el Paradigma de Reducción de Daños o de Riesgos.

El concepto de Reducción del Daño tiene su origen en Europa, más específicamente en Holanda, en la década de 1970, ligada a la corriente del modelo de la aceptación. En los años ‘80 en algunas ciudades europeas, tales como Liverpool, Ámsterdam, Rotterdam, Zúrich o Berna se implementaron distintas acciones destinadas a los usuarios de drogas

[...] que no pueden o no quieren abandonar el consumo. Desde este posicionamiento, se reconoce la libertad y el derecho individual al consumo de drogas, y se asume que es pertinente facilitar los medios y condiciones para minimizar los riesgos y daños del consumo, entre quienes no pueden o no desean renunciar al mismo. (Soriano, 2010 p.27)

Pero fue en 1980 en Inglaterra donde se dio mayormente su implementación, a raíz de diversas cuestiones que impactaban a nivel socio-sanitario: una la propagación del HIV por el uso de drogas inyectables tales como la heroína. Este origen sanitario llevó a que los profesionales y gestores en salud incrementaran e instrumentaran las estrategias de prevención, partiendo de una concepción comunitaria de la atención. (Touzé, 2006) Uno de los ejemplos más resonantes de estas estrategias se llevaron a cabo con el objetivo de disminuir el contagio de HIV, en principio se comenzó con la entrega de jeringas descartables, para lo que fue necesario un acercamiento, continuo y en territorio, a los usuarios de drogas. Lo que permitiría un mayor conocimiento de las condiciones de consumo y facilitaría, según su lógica, obtener datos sobre cómo mejorar dichas condiciones. Esto permitió disminuir los índices de mortalidad, que cada vez eran más por cuestiones asociadas al consumo y no por el consumo de drogas en sí mismo.

En general hay acuerdo, en los diferentes países y diferentes investigadores en plantear al paradigma de Reducción del Daño como “una política que tiene como finalidad disminuir los problemas sociales y de salud relacionados con el consumo de drogas, dejando de lado la hegemonía de los programas ‘libre de droga’ (prohibicionismo).” (Ianowski y Colombo, 1999 p.33)

En este sentido, las intervenciones de los programas de Reducción del Daño en los países anglosajones, al formar parte de las políticas públicas, generaron un vínculo más afianzado con el sistema sanitario obteniendo buenos resultados logrando aceptación en la sociedad. En otros países (Francia, Italia, entre otros) la intervención no se vio restringida sólo a los “aspectos sanitarios del cuidado y mejoramiento de la salud sino que postula los derechos de las personas que usan drogas, reivindicando su condición de ciudadanos.” (Rossi y Touzé, 1996 citado en Ianowsky y Colombo, 1999 p. 34-35)

Es justamente en este punto que se inscriben todas aquellas intervenciones tendientes al cambio de las representaciones sociales que se encuentran cimentadas en la estigmatización, marginación, discriminación y exclusión. Es decir, que el trabajo desde la perspectiva de la Reducción del Daño implica necesariamente adoptar prácticas de “deconstrucción de discursos y significaciones sociales segregativas acerca de las drogas y los usuarios” (Quevedo, 2007 p.61)

En síntesis, estas políticas lograron aceptación social y eso se tradujo en una considerable disminución de los índices de mortalidad, y en un mayor acercamiento de los usuarios al sistema sanitario, lo que también arrojó una disminución en los índices de criminalidad. Otro de los puntos fuertes y novedosos de este paradigma es el que sostiene que el uso de sustancias no necesariamente debiera tornarse perjudicial para el usuario, ya que entienden que es posible que alguien mantenga un ‘uso responsable’. En este sentido, se distinguen tipos de consumos tales como: el uso, abuso de sustancias, entre otros. Es decir,

que no centran la atención en presupuestos jurídicos tales como legal-ilegal, lo cual es importantísimo ya que consideramos es uno de los puntos en los que el paradigma de Reducción de Daños pone en marcha estrategias que apuntan a contrarrestar los efectos del Prohibicionismo y la lógica estigmatizante que este impuso respecto de las sustancias y de los usuarios. A partir de esta nueva lógica el usuario deja de aparecer como presa de la sustancia, es decir como objeto, comenzando a aparecer en su calidad de sujeto de derecho.

Ligado a los planteos antes desarrollados es que toma fuerza aquel postulado que propone a la abstinencia, ya no como el único y principal objetivo terapéutico, sino como uno de los posibles objetivos a lograr en el tratamiento. Se habla de objetivos intermedios que promueven el diseño de programas, estrategias, intervenciones y dispositivos alternativos que no descartan la abstinencia de sustancias como una opción más, propiciando opciones más flexibles y adecuadas a las características y posibilidades subjetivas de los usuarios. (Quevedo, 2010 p.575)

Este último y otros cambios se fueron suscitando en los servicios sanitarios, tendientes a generar servicios más accesibles para los usuarios: ampliando la oferta de atención, adaptando las intervenciones a los usuarios, en cuanto al lugar de atención, horarios, confidencialidad, difusión de servicios y actividades de inclusión comunitaria, también ofreciendo servicios de ayuda social y sanitaria de base, educación sexual, reemplazo del uso de sustancias de mayor riesgo orgánico, por sustancias prescritas medicamente, entre otras. Por otro lado, estos cambios trajeron aparejado un intento por “Incluir a los usuarios de drogas como actores de la prevención” (Iawnovski y Colombo, 1999 p.34) y en la defensa de sus derechos ciudadanos, acentuando e insistiendo en la necesidad de combatir aquellas representaciones sociales que fomentan mecanismos de discriminación, estigmatización, con el objetivo de reducir la marginación social y criminalización del consumidor de drogas ilegales.

Respecto de los discursos que plantea Graciela Touzé (2006) consideramos que son dos los enlazados a los postulados de este paradigma:

1) El Discurso Psicosocial: enfoca su análisis en el vínculo que la persona establece con la sustancia, aparece la distinción entre consumo ocasional y esporádico o reiterado y compulsivo. El modelo psicosocial introduce la categoría de síntoma para considerar la adicción. Es decir señala una patología de base en el sujeto y su contexto inmediato que se pone en evidencia a través del consumo de drogas. Para este enfoque el adicto es un enfermo y la adicción la manifestación de un malestar psíquico.

Este discurso comenzó a imponerse en 1960 como correlato de la aplicación del modelo de prevención por niveles de Gerarld Caplan (1966) (alternativa a la psiquiatría tradicional) se interviene en la formación de actitudes y comportamientos. Se comienza a utilizar la noción de prevención inespecífica, a partir de técnicas que mejoren la comunicación intra e intergrupar, refuercen el autoestima, favorezcan la asunción de roles. Entendiendo que si disminuyen los conflictos disminuirá la demanda de drogas, entre otras problemáticas. Las intervenciones terapéuticas no buscan solamente la eliminación del consumo sino el tratamiento de aquellas situaciones causales del problema (personales y familiares) de las que la adicción sería emergente.

2) El Discurso Sociocultural: coloca el acento en el contexto planteando que es allí donde deben buscarse las causales del uso de drogas. Realiza un análisis macrosocial definiendo como determinantes a los factores culturales y socio-económicos. Este enfoque piensa al consumo de drogas como un síntoma social, como “manifestaciones de las disfunciones del sistema” (Touzé, 2006 p.37), de esta manera comienza a asociarse el consumo de drogas a ciertos sectores sociales, en su mayoría poblaciones marginales. La prevención aparece de modo informativo y de acciones de mejoramiento de calidad de vida

“el supuesto preventivo es que si se disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas” (Touzé, 2006 p. 37)

Consideramos que este paradigma ofrece una visión y una propuesta más avanzada respecto de los postulados del Prohibicionismo, habilitando a nivel sanitario herramientas preventivas valiosas. También es importante rescatar que este paradigma cimenta sus postulados en una concepción de sujeto de derecho, es decir, pasando de una concepción que objetaliza al sujeto a una que incluye al sujeto, en tanto ciudadano, con derecho a decidir qué objetos consumir.

En este punto es preciso decir que a pesar del avance, aún queda pendiente la cuestión de la singularidad y de la operatoria singular de los objetos, ya que a pesar de proponerse un avance, consideramos que este paradigma continua poniendo el foco en el objeto droga y los efectos negativos o asociados al consumo de drogas”, sobre los modos y entornos de consumo, que no es poco, pero que aun invisibiliza la cuestión de las causas, es decir, lo que lleva a un sujeto (a ese sujeto) a una relación adictiva/mortífera con ese objeto particular.

Estos planteos nos invitan a reflexionar sobre el lugar epistemológico que cada disciplina le confiere al humano y el alcance que esto tiene respecto del abordaje del mismo.

Dichos paradigmas plantean una concepción de sujeto como ser indiviso, racional. Es decir, que se parte de la tesis de que todo individuo es gobernado por el Yo, por la conciencia. Es por ello que en dichos abordajes se habla de adicción y adicto, remitiéndose a una concepción de enfermedad y de enfermo, quien es considerado desviado de la norma. Dichas normatividades se encuentran sustentadas en descripciones y clasificaciones de síntomas, signos y conductas, establecidas desde disciplinas tales como psiquiatría, sociología, psicología y medicina. Es decir que aquí el acento está puesto en la sustancia y el sujeto queda nombrado en relación a la misma y lo que aparece no es un sujeto sino un

conjunto de signos y conductas catalogadas como inadecuadas, mal aprendidas, que definirían su condición desviada. Se plantean que es posible apartarse del mal de la droga a partir de la concientización de enfermedad.

Ahora bien, dichas conceptualizaciones están enraizadas en la medicina-psiquiatría y conllevan todas las particularidades que la construcción del objeto del campo de la psiquiatría posee. Respecto de esto muchos autores, Emiliano Galende (2013) entre ellos, sostienen que una de las particularidades es el valor performativo² que tienen los diagnósticos y en base a los cuales se cimentó todo lo relativo a las enfermedades mentales. Lo que ha llevado a los sujetos a hacer-se carne de la “toma de conciencia de enfermedad” y a asumirse por el diagnóstico. Algunos ejemplos: “soy adicto...”; “alcohólico hace un año que estoy tratando el alcohol”.

En este punto Pasqualini (2009) nos advierte sobre que

[...] Un diagnóstico es un concepto. Este parte de la negación del dato, dado que el concepto es de la razón (subjetivo). Aquí la paradoja, el diagnóstico aleja de lo fáctico. Una vez construido el concepto produce una imagen que lo objetiva, el problema es confundir el concepto con la realidad, suponiendo una unión entre el concepto y lo denotado. Es al psicoanálisis al que le toca desarmar la imagen del concepto. (p.18)

Emiliano Galende (2013) también nos indica que es justamente en función a este carácter performativo de los diagnósticos, que la psiquiatría en tanto disciplina construye su ‘objetividad’, y a la vez “construye un sujeto y construye el comportamiento normal y de ahí la desviación entonces se justifica, se legitiman todas las intervenciones que se hacen para corregir la desviación, corregirla como sea, con encierro [...] como sea [...] los métodos son

² “Performativo es un concepto que viene de la lingüística y que nos ayuda mucho a entender como ciertos enunciados hechos en base a la autoridad y a la legitimidad institucional tienen el poder de construir realidades”. (Galende, 2013)

correccionales” (Galende, 2013). A la vez dicho autor amplia diciendo que en esa construcción de objetos teóricos que hace la psiquiatría está explícita la pretensión de universalidad, cuestión que pensamos no es menor ya que lo que queda en riesgo es el sujeto, sujeto en nombre propio, singular.

[...] El problema es que cuando se construye como concepto universal un diagnóstico, una categoría nosográfica, hay sujetos que van a caer dentro de esa categoría. Entonces al momento práctico la operatoria se hace sobre subjetividades singulares no se opera sobre la universalidad. Eso es un tema, porque si uno piensa que quiere entender las resistencias que tienen muchas personas con algún trastorno mental a la intervención del psiquiatra tienen razón, porque saben que cuando caen dentro de la categoría van a tener que ponerse la camiseta de lo universal, pasan a formar parte de una población que lleva ese rotulo. [...]Entonces tenemos ahí la cuestión, la primera advertencia, de cómo las disciplinas construyen sujetos en este circuito, construyen el objeto teórico dan valor performativo al pasaje de eso a la intervención concreta y los sujetos singulares quedan capturados dentro de este universo. (Galende, 2013)

Por su parte Gerardo Pasqualini (2009) deja claro cómo estas conceptualizaciones diagnósticas imprimen identidades:

[...] El psiquiatra, en su intervención, recurre a un saber consolidado a partir de un proceso de identificación y tipificación, que le permita una correcta aplicación en cada caso. Este saber, además, lo tiene que difundir y enseñar. No escapa a este saber que cristaliza identidades circunscriptas, valga la redundancia, la definición de normalidad. (p.18)

Dicho autor nos invita a analizar el caso de la adicción=adicto:

[...] “el drogadicto”, esta es una identidad y como tal, si se la fija anula sujeto, se los identifica con determinados patrones que los iguala, donde se pierde de vista lo singular, ya que se basa en una generalización y de este modo a partir de identificarlos, ya no se habla en singular, sino que se generaliza. Es una manera de suponerle imagen al concepto o a la idea, que ninguno la tiene sino prestada, solo tenemos cada apariencia. Lo que hay más allá de la apariencia lo suponemos.

Siempre se los identifica con determinados patrones que los iguala. Además se difunde un saber sobre los así llamados drogadictos, en el cual es fácil quedar atrapado.

Esto sucede con cualquier diagnóstico, que fácilmente pasa a engrosar el saber vulgar y se incluye como un conocimiento cierto que identifica sin discriminar a los diferentes individuos clasificándolos. (p. 18)

También Héctor López (2007) plantea que las repuestas que se han dado respecto del fenómeno y su abordaje son predominantemente sociológicas e invocan a los principios del humanismo dirigidos a exterminar el “mal” de la droga, su propagación y la relación al delito. Ahora bien, lo interesante que el autor plantea es que es un humanismo paradójico ya que es un humanismo sin humano al que “le falta el hombre, porque lo menos considerado es el sujeto que padece la adicción.” (p. 128). Rolando Karothy (citado en López, H. 2007) claramente dice que “en este punto el sujeto deja de ser escuchado y pasa a ser un objeto en la cruzada imaginaria contra la droga.” En este “querer el bien del otro [...] sabemos por Freud su origen pulsional, sabemos por Lacan su destino: obtendremos el mal” (Tarrab, 1993 citado en López, 2007 p.128)

Por otro lado, también desde ese marco ideológico se ha llegado a una concepción de individuo-víctima que al adjudicar dicha condición cierra la posibilidad de interrogación

respecto de la responsabilidad del sujeto en la adicción. En este punto nos advierte Héctor López (2007) que sostener las posturas antes expuestas de víctima o de que el consumo es contra la voluntad, lleva a una concepción de objetiviza al sujeto. “No podemos llevar tan lejos la reducción de las causas y la posición de objeto que en ellas ocuparía el sujeto, porque sería desconocer totalmente su condición deseante y los diversos modos del goce.” (p. 131)

Como pudimos ver, acepciones de la palabra sujeto podemos encontrar gran variedad, y la única que se aparta de la idea de ser indiviso y racional gobernado por la conciencia es la postulada por el psicoanálisis: la de sujeto del inconsciente. Esto nos lleva a ubicar al sujeto como dividido, un sujeto que no es gobernado por sí propio, en el que el Yo del humano no gobierna sus actos, y el gobierno de esos actos proviene de un lugar que a él mismo le resulta desconocido. Y es justamente en el entramado de lo inconsciente donde se dirimen singulares posiciones que pueden o no dejar al sujeto arrojado a las posibilidades de crear, aprender o arrojado a un padecimiento o afección muda, donde podemos pensar algunas cuestiones relativas al “posicionamiento adictivo”.

No existe el sujeto en general, sino cada sujeto, según el modo particular en que su estructura ha logrado organizar o soportar el deseo y el goce. Por lo cual, no hay sujeto sino en la experiencia del análisis, ya que es en ella donde se lo puede capturar en su realidad intransferible y discontinua. Esa discontinuidad que lo hace tan ajeno a toda idea de personalidad, es asociada por Lacan con una “fragilidad óptica” pero al mismo tiempo con una fuerte determinación ética, en el sentido que cada uno guarda fidelidad al deseo que lo anima...El sujeto en lo inconsciente, dominio en el cual el yo del conocimiento no puede penetrar, es, valga el oxímoron, un sujeto no subjetivo. (López, 2004 citado en PI V074)

Desde esta concepción de sujeto es que Pasqualini (2009) sostiene que es función del psicoanálisis: “desarticular el saber instaurado [...] desarmar la imagen del concepto [...] en el psicoanálisis no se trata de ser, sino de "des ser", es por esto que debe apuntar en su accionar en el sentido de desmontar las diferentes propuestas de identificación.” (p.18)

Lo que nos lleva a reubicar el concepto y el lugar de la abstinencia, en tanto ya no sería abstinencia al objeto tóxico sino abstinencia de sentidos impartidos desde categorías diagnósticas a priori

[...] Dado que todo objetivo, que a su vez va a tender a la idealización, se opondría a la praxis de la teoría, que implica mantener el saber supuesto. Este es un límite de la praxis que se funda en una ética. Toda operación en la cura (...) va a ser en transferencia. (Pasqualini, G. 2009 p.18)

Lo que necesariamente nos lleva a ubicar un horizonte más allá de un “objetivo”, y que deberá ser horizonte ético, desde una óptica que rompe con el tradicional uso de la palabra “cura” propuesta por la medicina (como vuelta al estado anterior que apunta a la deshabitación del objeto y a sostener la abstinencia) para pasar a pensar la cura como un trabajo simbólico que lo enlaza e implica al sujeto en la preservación y sostenimiento del deseo, partiendo de una mirada singular, del caso por caso. Este modo de intervención que se sitúa más allá de la sustracción del objeto que se ha tornado mortífero implica, necesariamente, ir más allá de las categorías diagnósticas propuestas por el discurso médico-psiquiátrico entre otras, que no solo han incidido en su campo sino que han sido heredadas por otras disciplinas.

Para finalizar compartiremos una clarificadora cita de Héctor López (2007):

[...] Para el pensamiento psicoanalítico, el fenómeno de la “adicción”, y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son dos problemáticas diferentes:

ni la adicción es siempre a un químico-tóxico, ni la ingesta tóxica implica necesariamente a la adicción.

Al mismo tiempo, no se podría decir que exista un tratamiento psicoanalítico específico para las adicciones, ni que el psicoanalista conduzca la cura con el fin explícito de la supresión del hábito [...] las adicciones” no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina. La especificidad de los efectos de una sustancia, incluso su grado de nocividad, y hasta sus propiedad adictiva, dependen de un factor subjetivo en el caso del consumo privado, o del contexto simbólico si se trata de un rito o de una ceremonia, más que de su propiedad estrictamente química. (pp. 13-14)

Referencias:

Del Olmo, R. (1988). La cara oculta de la droga. Bogotá: Temis.

Galende, E. (2008). Una mirada al tema de las drogas desde la complejidad del campo de la salud mental. En G. Touzé (Comp.) Visiones y actores del debate. III Y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas (pp. 27-34). Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Galende, E. (2013) Psicofármacos y salud mental. Congreso de Salud Mental.

Ianowsky, M. V. & Colombo, J. G. (1999) Ni todo bien. Ni todo mal. Estudio sobre representaciones y hábitos de consumidores de drogas ilegales. UNCo-CURZA.

López, H. (2007). Las adicciones. Sus fundamentos clínicos. Buenos Aires: Lazos.

Pasqualini, G. (2009). Los límites terapéuticos del psicoanálisis. Revista Agenda Imago, 134, p-p. Buenos Aires: Letra Viva

Quevedo, S. (2010). Estrategias de abordaje del consumo. Dispositivos de umbral mínimo de

exigencia. VII Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. IV Jornadas Salud y Educación. 1 al 4 de Septiembre de 2010, Mar del Plata.

Quinteros, M. (2007). Perspectivas comunicacionales sobre el campo de las adicciones. En: M. Conocente & M. Kameniecki Adicciones. Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta Perspectivas y abordajes en instituciones públicas argentinas (pp.125-136). Buenos Aires: Letra Viva.

Roncoroni, A. (2001). ¿Guerra a la droga o a los consumidores? Revista Encrucijadas, 8 “Drogas Ilegales. Hipocresía y consumo”, año 1, 40-47. UBA, Buenos Aires.

Soriano Ocón R. (2010). “A fondo” Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas (en línea). TS nova: trabajo social y servicios sociales, 1 23-32. ISSN 2171-6005. recuperado de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24622/23-32.pdf?sequence=1>

Touzé, G. (2006). Saberes y prácticas sobre drogas. Intercambios Asociación Civil para el Estudio y Atención de Problemas Relacionados con las Drogas. Federación Internacional de Universidades Católicas. Argentina.