

## **Clínica de las adicciones; de la conducta adictiva a la subjetivación de la experiencia (una reflexión sobre la práctica clínica)**

*José Martín Alcalá Ochoa*  
*Facultad de Psicología, UMSNH*

El congreso se titula: “**La investigación en psicología, entre lo real y lo posible**”, por lo que a tono del título del congreso, presentaré algo relacionado con el mismo, y al mismo tiempo, algo muy distinto a una investigación en psicología. Presentaré y compartiré con ustedes una reflexión muy personal sobre la clínica, o un testimonio sobre mi práctica clínica. Así que les expongo, o mejor dicho me expongo, haciendo una narración de mi experiencia como clínico en el campo de las adicciones.

Dividiré en dos partes mi reflexión sobre el tema de la clínica de las adicciones, manifestando con ello un problema de lugar y de movimiento en la práctica clínica; de lugar, con la diversidad teórico-técnica que tiene que ver con las fronteras de la psicología: **entre lo real y lo posible**, y de movimiento, con un tránsito metodológico que va **desde lo real-objetivo** del consumo de drogas, **a la posible subjetivación** de la experiencia adictiva. Un lugar fronterizo y problemático, donde se puede elegir partir hacia uno u otro lado del conocimiento y la verdad. Un espacio fronterizo y problemático en el ejercicio clínico, donde también se puede elegir el lugar a ocupar en la relación terapéutica o analítica. Lugar de objetividad en la relación clínica o lugar en la inter-subjetividad clínica.

La clínica de las adicciones es un campo donde el enfoque epistemológico, el paradigma teórico y el método clínico definirán indudablemente lo que pueda comprenderse; como realidad, conocimiento objetivo o subjetivo, conocimiento científico o verdadero (¿verdadero desde donde?, y ¿para quien?). La clínica de las adicciones es un campo problemático, sin duda, de la psicología y el psicoanálisis; tanto para el estudio y la investigación del fenómeno de las adicciones, como para la práctica clínica, y lo que se entiende por ello, desde el pensamiento objetivo positivista y desde el pensamiento subjetivo del inconsciente.

Lo que pretendo ahora, es compartir con ustedes mis preocupaciones y ocupaciones en torno a mi quehacer profesional en la práctica clínica del fenómeno de las adicciones. En la primera parte de este escrito, hablaré de mi experiencia de un tipo de clínica de las adicciones, una clínica objetiva, empírica, positivista sobre la conducta adictiva de los sujetos considerados “enfermos” por la ciencia médica; por padecer las enfermedades de el alcoholismo y la drogadicción (como lo manifiestan los

grupos de autoayuda, las instituciones y la ciencia) y que, por lo tanto, por estar enfermos, deben ser sanados.

Pero en esta clínica institucional llama la atención que los adictos no pregunten y que no hablen sobre su tratamiento, pues no tienen nada objetivo, ni nada verdadero que decir sobre su padecimiento. Sólo deben acatar y recibir el tratamiento que les es impuesto por los especialistas y por las instituciones; este fenómeno deberá ser considerado.

En la segunda parte de este escrito hablaré de mi experiencia en otro tipo de práctica clínica; una clínica del sujeto del inconsciente, una clínica del sujeto de la letra, la palabra y el lenguaje, una clínica sobre la subjetivación de la experiencia del consumo de droga; o simplemente hablarles de la experiencia clínica, como puro proceso de subjetivación del deseo de un sujeto en proceso de de-venir sujeto. El de-venir sujeto, el problema de todo y de todos los sujetos: el devenir en Ser, porque se es constitutivamente nada.

### ***Primera Parte: Clínica objetiva de las conductas adictivas***

De 1990 al año 2000, mis primeras experiencias laborales en la psicología clínica se dieron en algunas clínicas de rehabilitación social e instituciones públicas de atención a personas con problemas de alcoholismo y drogadicción. En ese entonces, (al igual que ahora) el trabajo y objetivo del tratamiento se centraba en el proceso de desintoxicación del cuerpo físico del enfermo, y paradójicamente al mismo tiempo, se les prescribía y administraban medicamentos a los enfermos a cargo del área médica y psiquiátrica de la institución. Este es el proceso médico-terapéutico que todos conocemos como sustitución de drogas denominadas “malas” por las drogas llamadas “buenas” (recuerden ustedes que a las farmacias en su origen de mercado, se les llamaba “droguerías”). Así pues, a los pacientes se les desintoxicaba por un lado, intoxicándolos por otro lado para su rehabilitación física, emocional y social. Había una corrección y control del tóxico; y por lo tanto, se creía, había una corrección y control de la enfermedad y una corrección y control del enfermo.

En este trabajo institucional, nunca hubo, o nunca tuve problemas epistemológicos. Quedaban claros para mí, tanto la metodología científica que aplicaba, como el sujeto de conocimiento (que era yo y la institución), y el objeto de conocimiento (que era el adicto, las drogas de consumo, la familia y su entorno social). Tampoco existió problema para mí en el comprender lo que era real (el consumo de drogas del adicto), lo que era objetivo (el método médico-clínico) y por lo tanto lo que era verdadero (el diagnóstico). La realidad de las adicciones era esa que aparece a los sentidos: la observación directa de los síntomas y las conductas adictivas

del consumidor de droga o alcohol. El conocimiento obtenido, objetivo y verdadero; siempre fue el resultado de lo que se observaba, se describía y se clasificaba. No había problema epistemológico, y pensaba igualmente, que tampoco había problema en mi trabajo clínico.

Mi trabajo como psicólogo en estas clínicas, consistía en realizar las entrevistas psicológicas y el tratamiento psicoterapéutico del enfermo y su familia. Las entrevistas que yo realizaba tenían el propósito específico de diagnosticar al enfermo y evaluar el problema adictivo en su contexto sociofamiliar; pero sobre todo tenían el propósito de clasificar la diversidad de datos que se obtenían en las entrevistas, para cuantificarlas en una base de datos, para posteriores investigaciones.

Empezaba toda entrevista preguntando las características generales del paciente; características en áreas de salud física, socioeconómicas, familiares, educacionales, laborales, etc. Continuaba con otras entrevistas preguntando sobre los tipos de drogas de consumo, su frecuencia, prevalencia y características sobre los métodos de consumo que tenía el paciente, con el objetivo de hacer un diagnóstico preciso y claro (en base a los códigos del Manual Diagnóstico para la Clasificación de las Enfermedades Mentales -ahora trastornos específicos o no específicos del DSM IV- de la Asociación Psiquiátrica Americana). Diagnóstico preciso y claro en cuanto al uso, abuso y dependencia de drogas, diagnóstico preciso y claro de todas y cada una de las sustancias que mencionara el paciente como objeto de consumo.

El clínico debía hacer todo un historial en relación a los efectos sintomáticos de todas y cada una de las drogas de consumo, en áreas específicas del adicto: áreas cognitivas, fisiológicas, emocionales, conductuales, sociales, familiares, de personalidad, etc. Y sumamos ahora a todo esto, los efectos sintomáticos por el consumo, la remisión y la abstinencia de cada una de las drogas en relación con el adicto.

En posteriores entrevistas continuaba preguntando al paciente y a su familia sobre su relación con el consumo de alcohol y drogas a lo largo de tres generaciones, quizás con la pretensión de explicar las adicciones por aprendizaje generacional, por herencia o determinación de la sangre. Por si ello no fuera suficiente en este “historial clínico”, continuaba preguntando sobre la dinámica social del enfermo, para conocer el patrón de consumo de drogas en los amigos y vecinos, pero sobre todo conocer el grado de disponibilidad de la droga en el contexto en el que vivía el adicto. Había que conocer las leyes de la oferta y la demanda de sustancias tóxicas en una comunidad y concluir con la explicación de las adicciones a partir de la determinación contextual del narco-menudeo y al mismo tiempo explicar el contexto social violento, por la influencia de los consumidores de drogas en el ejercicio de la violencia social. La clínica de

las adicciones se transformaba en una crimino-génesis y una crimino-dinamia de las adicciones.

Recuerdo perfectamente que las conclusiones del diagnóstico de trastornos psicopatológicos por consumo, abuso y dependencia de sustancias eran siempre coincidentes con las clasificaciones del DSM (no podría ser de otra forma, pues se observa lo que se quiere observar), felicitándome por ello y por los diagnósticos tan precisos y tan iguales a los clasificados en códigos del DSM; se que la evaluación etiopatogénica de los problemas de alcoholismo y drogadicción siempre coincidían estadísticamente en la prevalencia de conflictos familiares, conflictos con la autoridad y la dependencia materno-familiar, conflictos en la adaptación social, escolar y laboral. Conflictos y más conflictos que se denominaban conceptualmente: desintegración de la personalidad, desintegración familiar y desintegración social. Los conceptos clave en la evaluación y el diagnóstico del paciente, la familia y el contexto social siempre eran los mismos: Conflicto y Desintegración. La desintegración produce conflictos y los conflictos llevan a la desintegración. Así que no tenía ningún problema en la elaboración de los diagnósticos y las evaluaciones realizadas en la institución.

Ante estas brillantes y sesudísimas conclusiones diagnósticas a las que yo llegaba y describía en los historiales clínicos de los pacientes, la lógica dictaba que el tratamiento para los adictos a drogas, alcohol y tabaco se enfocara a integrar lo desintegrado. Mi tarea y objetivo de psicólogo en las clínicas de adicciones era (y creo que sigue siendo ahora el mismo objetivo); integrar la personalidad desintegrada del adicto, integrar la familia desintegrada del adicto y, finalmente, integrar al adicto a la sociedad. ¿Qué les parece? ¿Tarea posible o imposible para un psicólogo clínico?

Para que estas tareas y objetivos se llevaran a cabo, el yo del experto en psicología debía hacer acto de presencia. El yo omnipotente, omnisciente y omnipresente. Repito y subrayo el “yo” por el papel fundamental, (actor principal de la obra clínico-médica), que adquiere el “yo experto” en este tipo de clínica objetiva, científica e institucional.

En mi preocupación y mi ocupación en ser un buen psicólogo y un buen terapeuta, me dediqué a aprender técnicas y más técnicas en un contexto de capacitación institucional constante, como experto y especialista en adicciones. El ego se fortalecía y el “yo fuerte” del psicólogo servía para fortalecer y auxiliar a esos otros “yos frágiles”, a esos “yos desintegrados” de los adictos.

En este afán ético-terapéutico, aprendí y aplique diversas técnicas: de movilización emocional, de provocación, de dramatización, hipnótico-sugestivas, de regresión, de de-sensibilización sistemática; catárticas,

grupales, familiares, lúdicas, etc. Las técnicas tenían como objetivo principal el cambio conductual del consumo de drogas; y de ahí las tareas, prescripciones y rituales que se les dejaban al paciente y a sus familiares para que los realizaran en un momento regulado, acordado y adecuado en casa, estaban relacionados con el abandono del objeto droga. Posteriormente, en la evolución técnica, la prescripción del síntoma adictivo apareció como paradoja y como conflicto ético institucional para la modificación de la conducta adictiva, por lo cual nunca llegó a implementarse dicha técnica paradójal. Por supuesto, en ese entonces como ahora, no podrían faltar las técnicas experimentales de recompensa y castigo; técnicas para condicionar lo deseado o lo buscado por la familia y la institución, y des-condicionar el consumo de drogas en el paciente.

Inevitablemente no podría de dejar de mencionar, en este proceso psicotécnico, el uso de técnicas psicodinámicas; técnicas de análisis de las resistencias del paciente ante las constantes recaídas en el consumo de drogas; las técnicas de fortalecimiento del yo del paciente, en torno a un “yo auxiliar” del clínico; las técnicas catárticas en lo emocional y en lo racional para la abreacción del trauma que hipotéticamente habría dado origen a la adicción; las técnicas de fomentar en el paciente un ideal yoico, deseable e imaginario desde mi parte y desde la institución; las técnicas de interpretación psicodinámica sobre el consumo de drogas, buscando que el adicto se diera cuenta y “tomara conciencia” de lo “latente” y, finalmente, las técnicas “superyoicas” de predicación de una moral y una ética institucional gubernamental, la predicación de lo bueno y lo malo, como causales en relación con los efectos en lo personal, familiar y social en cuanto al consumo y la abstinencia de la droga. Lo malo es el consumo, lo bueno es la abstinencia.

La ideología ético-religiosa, la ideología de los grupos de autoayuda y la ideología de las psicoterapias, determinando la ideología del que-hacer del psicólogo clínico en el ámbito de lo que se considera “bueno” o “en beneficio de los adictos”. “¡Todo es por su bien!”, afirmación que bien puede ser dicha por la institución religiosa, la institución pública de salud, los grupos de autoayuda, la familia, el médico, la trabajadora social, la enfermera, el psicólogo clínico, o el psicoterapeuta.

Creí comprender en ese entonces a los procesos clínico-terapéuticos de las conductas adictivas como una transformación cognoscitiva del adicto respecto a su percepción del mundo; también los comprendía como una toma de conciencia del adicto a su “enfermedad” al estilo de los pasos de alcohólicos anónimos, quizás también los llegué a entender como procesos de auto-conocimiento del yo del enfermo, y quizás también los comprendía como un proceso de fortalecimiento y transformación del yo del paciente. Aunque, al parecer, comprendía de diversas formas el proceso terapéutico en el campo de las adicciones, finalmente no importaba si comprendiera o

no el ejercicio clínico; importaba únicamente la técnica, o las técnicas, que yo utilizaba en el proceso clínico al estilo de la metodología científica neopositivista del “ensayo y error”.

La técnica definía el éxito y la meta mesiánica de la abstinencia en el consumo de tóxicos; la técnica guiando el proceso clínico-terapéutico en, y de la institución. En la aplicación de las técnicas residía todo el poder de la institución de rehabilitación, residía todo el poder del psicólogo especialista, residía todo el poder del yo experto en adicciones. Un yo total y absolutamente narcisista e imaginario, fusionado especularmente al imaginario idealizado de la institución especialista en adicciones. Pura totalidad de poder clínico-médico, del poder de la psicotecnia y del psicotécnico, pureza imaginaria en el ejercicio del poder.

¿Esta usted cansado y aburrido de escuchar toda esta descripción que hago sobre mi experiencia de hace más de una década en el diagnóstico y la terapéutica en el campo de la clínica de las adicciones? Yo si me cansé y me aburrí de repetir y repetirme como “técnico de la psicología”, como especialista psicotécnico en la aplicación de técnicas y más técnicas en el marco de una clínica científica, objetiva y pragmática. Técnicas salidas de diversos paradigmas de la psicología donde no importaba, en su aplicación, la inconmensurabilidad teórico-conceptual o la coherencia del paradigma teórico con la técnica-metodológica; sólo importaba que el adicto dejara de consumir, solo importaba que la sustancia tóxica no hiciera acto de presencia. “El fin justificaba los medios”. Dicho así, suena bastante perverso.

El fracaso permanente de ese ideal institucional, familiar, social y terapéutico, de que los adictos se abstengan de consumir drogas y alcohol, aparecía una y otra vez. Las estadísticas lo reflejaban en cuanto a los altos índices de recaídas o reincidencia en el consumo de drogas. Mi yo omnisciente, al igual que el discurso omnipotente de la institución se justificaban ante el fracaso: “¡Si los adictos no quieren cambiar, si no ponen nada de su parte, si no dejan de consumir droga; no se puede hacer nada!”. Se decía que el problema del fracaso en la búsqueda de la abstinencia tóxica, no estaba en la institución, tampoco estaba en el personal de la institución, mucho menos estaba en las técnicas aplicadas o método de tratamiento. Las técnicas son resultado de investigaciones científicas, están validadas metodológicamente, y son 100% confiables en su aplicación terapéutica.

¿Observan ustedes, como el éxito terapéutico se relacionaba con las técnicas, el clínico y la institución; y ahora el fracaso terapéutico, se relacionaba con la irresponsabilidad del adicto? Decirlo de otra forma sería: ¡La psicotécnica no falla, el que falla es el adicto! ¿De verdad ustedes creen que las técnicas por su validación científica no fallan? Yo ahora no lo

creo. La historia de la ciencia ha dado suficientes pruebas de las múltiples fallas de lo 100% confiable de la ciencia.

¿Quién es el gran ausente y quien es el gran presente de este tipo de clínica de las adicciones que les he estado describiendo? Me parece que el adicto es el gran ausente de este tipo de clínica institucional científica que practiqué durante 10 años; no el adicto como individuo o persona, interno o externo de la institución; sí el adicto como ausencia de sujeto, como ausencia del proceso de subjetivación de la experiencia adictiva.

El “yo-experto” del psicotécnico es el gran presente y omnipresente de esta primera parte de mi experiencia clínica que comparto con ustedes. Mi yo como psicólogo clínico y psicoterapeuta, mi yo como experto y especialista en adicciones. Pura técnica, puro narcisismo, puro imaginario, pureza pura del yo imaginario. “Mi-yo” no es más que la enunciación especular, dual, narcisista, que proyecta imagen de totalidad ilusoria “yo-yo”: imagen profesional e imagen institucional reflejándose una en la otra, dando forma a la ficción de imagen total, o de una imagen completa.

La droga es lo que está en juego en el terreno del conocimiento y la verdad en este paradigma científico-positivista de las adicciones; la droga como realidad absoluta y universal es el objeto de conocimiento y el objeto a tratar; el objeto droga es el cual hay que conocer, nombrar y clasificar por sus efectos fisiológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y psicológicos en el consumidor. Esta clínica de las adicciones, en virtud de que el personaje principal es el “objeto droga”, bien podríamos llamarla “clínica de las drogas”.

¿Es esto posible? ¿A todo el trabajo clínico que realicé durante esta prolongada experiencia institucional debo llamarle “clínica de las adicciones”? ¡No lo creo! Por la única y sencilla razón que no se puede hacer clínica sobre el objeto droga, o sobre el fenómeno de las adicciones. No hay clínica en la objetividad de la droga, no se puede hacer clínica sobre la persona farmacodependiente, no hay clínica cuando el adicto es visto, hablado y tratado como objeto pasivo-silente, como objeto de carne-intoxicada por las drogas. Decirlo brevemente de otra forma es: No se puede hablar de clínica, haciendo clínica de las drogas o de las adicciones.

Si deseaba ejercer la clínica, tendría que hacer clínica analítica; sólo se puede hacer clínica en el campo de la intersubjetividad, en el proceso de la subjetivación de la experiencia, en la causa y el efecto subjetivo, en el más allá de la comprensión que es la subjetividad enunciada y no-anunciada por la objetividad. Tuve que dar un salto desde lo real a lo posible, quise transitar desde la clínica real objetiva institucional, a la clínica posible de la enunciación subjetiva de la experiencia del adicto.

Entendamos ahora al adicto como un sujeto que puede ser adicto al objeto droga o un sujeto que puede ser adicto a cualquier objeto de goce. Entendamos ahora a-dicto, como ausencia de dicción, ausencia de letra, ausencia de palabra, ausencia de representación simbólica. Pura ausencia y puro silencio aterrador de la experiencia de vida, como puro real “traumático”, no enunciado, ni representado, ni simbolizado, ni significado por el sujeto a-dicto. Quise seguir ejerciendo la clínica, pero tuve que dar un salto epistémico radical para realmente ejercer la clínica desde y en la realidad psíquica que Freud descubrió en la construcción del concepto de inconsciente y en la sobredeterminación del inconsciente.

### ***Segunda Parte: Clínica posible de la subjetivación de la experiencia a-dictiva.***

Si hablo del concepto de “abstinencia” en el adicto, puedo preguntarles a ustedes ¿quién se abstiene? y ¿de que se abstiene? En la primera visión objetivista de la clínica de las adicciones queda muy clara la respuesta a ambas preguntas: se abstiene una persona adicta, y se abstiene de la sustancia tóxica a la cual es dependiente.

En esta segunda parte de mi experiencia clínica, en esta visión “subjetivista” de la clínica, ya no quedan tan claras las respuestas a las preguntas de ¿quién se abstiene? y ¿de que se abstiene? Lo primero que hay que definir es que de lo que se abstiene el adicto no es del objeto droga; es otra cosa de lo que se abstiene y difícilmente podemos saberlo sin la enunciación subjetiva del adicto. El que se abstiene no es el adicto, es el sujeto-silente. El sujeto, como pura subjetividad enunciada e historizada, no aparece en todo el historial clínico-diagnóstico e historial terapéutico que se realiza sobre él en la institución. Aparece una persona real-empírica definida como adicto, definida como objeto de conocimiento y objeto del tratamiento.

Habría que recordar, que para Freud, el psiquismo es igual al inconsciente y que analizar cualquier fenómeno psíquico (como la adicción) es analizar el inconsciente o, mejor dicho, “un” inconsciente que es pura representación, puro símbolo a ser descifrado, transcrito y escrito; letra y significantes que marcan el destino de “un” sujeto. Un inconsciente instaurado desde la experiencia y los deseos del Otro, desde el discurso, el lenguaje y las palabras de ese gran Otro que definirán a un sujeto. Un uno siempre en relación con un Otro y éste siempre está determinando a un uno. Por lo que si se habla de analizar el inconsciente, es porque el inconsciente habla; en los sueños y en la vida diurna, en los lapsus y actos fallidos, en las creencias y en los miedos, en el dolor físico y el sufrimiento del alma, en las palabras y en el silencio, en el consumo de drogas y en su abstinencia. El inconsciente no deja de hablar, y si no deja de hacerlo, es porque es sólo eso.

Esta segunda parte de mi experiencia clínica que he realizado en el área de las adicciones, y que ahora comparto con ustedes, es un cambio radical epistemológico sobre la práctica clínica. Es eso que Thomas Khun llamó “crisis paradigmática y revolución científica” por la simple y sencilla razón de un cambio epistemológico importante en el ejercicio de la clínica. Con tal antecedente, de tantas y diversas teorías psicológicas, y con tantas técnicas aplicadas a los adictos en las instituciones especializadas. ¿Cómo no habría crisis y “revoluciones” técnico-teóricas a lo largo de mi práctica clínica?

Técnicas, compitiendo por la corona de la efectividad y el éxito, con el objetivo último de la búsqueda de la abstinencia en los pacientes de las drogas “malignas”. Tuve una “ruptura o fractura epistémica” en el campo de la clínica de las adicciones por pasar del eje epistemológico clínico-objetivista, al eje epistemológico clínico-subjetivista; ruptura teórica por pasar de un discurso institucional, teórico-científico, objetivo, verdadero, real, empírico sobre la clínica de las adicciones, a un discurso sobre la práctica clínica analítica con sujetos a-dictos a drogas, o a-dictos a cualquier objeto de goce; la práctica clínica es un ejercicio de puesta en acto de la transferencia, es un ejercicio de puesta en acto de una relación particular con sujetos instalados en la necesidad y la necesidad, en la insatisfacción permanente por la privación del objeto primario amoroso y por la frustración de los anhelos soñados en relación con los otros yos imaginarios. Al pasar epistemológicamente de la objetividad clínica a la subjetividad construida en el acto analítico, pasa todo y ya nada es igual.

Este tránsito, este movimiento de lo real objetivo a la posible subjetivación, me permitió dejar de comprender el conocimiento como correspondencia ilusoria entre los códigos de los manuales diagnósticos y el objeto de conocimiento observado y clasificado. Me permitió andar los desfiladeros del reconocimiento de la subjetividad y del inconsciente, los desfiladeros del reconocimiento del sujeto como efecto de palabras, e incluso del reconocimiento de la intersubjetividad imaginaria del grupo familiar. Dejé atrás la obsesión metodológica de la medida, la clasificación, el diagnóstico y la exactitud del saber científico (validado institucionalmente) para aventurarme en las profundidades oscuras de la verdad del inconsciente; un inconsciente que habla en el acto sintomático del sujeto y en las relaciones discursivas “disfuncionales” familiares. Dejé atrás las entrevistas institucionalizadas, sistematizadas, estandarizadas, organizadas objetivamente (para el llenado de formatos y la base de datos para la investigación) para ir al encuentro de las letras, de las representaciones, de los significantes, y de las palabras “que se lleva el viento” del olvido.

No se trata de mi palabra que aconseje, guíe, eduque, y reforme al adicto, tampoco se trata de la palabra del adicto que comunique aquello que se le

pide que hable y confiese para su bien y su rehabilitación social. Se trata de ir al encuentro de la palabra del sujeto teñida de transferencia, de demandas, de repeticiones y peticiones sintomáticas; palabras teñidas de *imágenes* y magos que ilusoriamente hacen posible lo imposible; palabras teñidas de deseos, de miedos, de dolores y de goces; y que entre tanta palabrería enunciada o dicha en el espacio clínico, pueda anunciarse y abrirse camino un deseo singular, un deseo propio, por muy impropio que este sea. Es decir que pueda anunciarse y enunciarse una verdad en torno a la falta fundamental de lo propiamente humano; la falta de un objeto que le sea propiamente propio al sujeto; la falta del ideal platónico complementario del amor (complementariedad que tanto se familiariza en el trabajo clínico con familias); la falta del encuentro armónico con el otro; la falta de un otro que venga a realizar el ideal de perfección, total, imaginario, del paraíso re-encontrado en “su” imagen.

El psicoanálisis es práctica clínica; es una práctica analítica del inconsciente; es una clínica analítica de los textos y los pretextos, de los dichos y los decires, de los discursos y el discurrir de los mismos, de las palabras y los silencios de un sujeto o de una familia. ¡Esto es lo verdaderamente importante en la práctica clínica!

En esta segunda parte de la reflexión sobre mi práctica clínica, que comparto ahora con ustedes, no puedo decirles que hago “clínica de las drogas o las adicciones”. Pero sí puedo decirles que ejerzo la clínica analítica con sujetos a-dictos. La adicción a las drogas, esta determinada por el inconsciente del sujeto; no esta determinada por el objeto-droga. Este objeto de goce es el pretexto del adicto; no es su texto en la página de su deseo, como tampoco su verdad. La clínica analítica del a-dicto y la familia a-dicta es una clínica de lo real y de sus efectos imaginarios; la ausencia de dicción, ausencia de enunciación y de simbolización o significancia de la experiencia. La clínica, es siempre clínica de un sujeto singular e irrepetible en su ser, en su hacer y en su historia, en, y a pesar de la historia familiar.

En la primera parte de este trabajo, les describía el fenómeno adictivo, “explicándolo” a partir de los conflictos y las desintegraciones en todos los espacios y los tiempos del enfermo; el método clínico, se los describía, comprendiéndolo como la re-educación y el re-aprendizaje del adicto de nuevas formas de relación escolar, laboral y socio-familiar con ausencia del objeto droga. En esta segunda parte de mi trabajo clínico, el método no explica el fenómeno adictivo, ni explica al adicto, ni explica la familia, ni explica nada. El método implica al sujeto de la experiencia adictiva. Lo implica en su historia, en su historización verbalizada, historia hecha verbo o significativo hecho historia. Lo implica en la reconstrucción y en el reencuentro con su inconsciente, y por supuesto, también lo implica en la

subjetivación de sus demandas y en su de-venir sujeto de deseo, de un deseo muy particular.

En la primera clínica institucional de las que les hablo, la transferencia se reducía a procesos de sugestión, procesos del ejercicio del poder e influencia personal sobre el paciente; a partir de las técnicas aplicadas y vueltas a aplicar sobre y a pesar del paciente. En esta segunda forma de ejercer la clínica, la transferencia es el amor de transferencia, es la transferencia amorosa de significantes, es la transferencia de demanda de palabras, de demanda de significantes del Otro. De-manda amor, pero no el amor de la persona del analista (pues el analista no está como persona), sino el amor del gran Otro que representa en la relación analítica. La Transferencia es todo el fundamento de la clínica analítica, por ser su causa, su vía y su lugar de efectos. ¡La transferencia es siempre una identificación con significantes! Esta es una afirmación de Jaques Lacan en 1958, en su escrito sobre *La dirección de la cura*.

Lacan plantea que sólo puede pensarse el amor y la clínica analítica a partir de los tres registros; lo imaginario, lo simbólico y lo real; ejercitar la clínica es hacer clínica tanto de la subjetividad imaginaria, la subjetividad simbólica y la subjetividad real, para que aparezca el sujeto de deseo, para que devenga como sujeto y proceso enunciativo de subjetividad.

La subjetividad imaginaria se expresa a partir de las *imago*s maternas y complejo de destete; las *imago*s del semejante y complejo de Intrusión y las *imago*s paternas y complejo de Edipo. *Imago*s que, conformando los complejos familiares, determinan el psiquismo o inconsciente del sujeto. La subjetividad imaginaria del yo especular, y narcisista, se comunicará y enunciará constantemente en una queja y demanda eternizada a los otros.

La subjetividad simbólica, se expresará y se constituirá a partir de aquí y allá (el pasado hecho presente), de aquí-ellas o aquellas historia del sujeto puestas en palabras. Verbalización y constitución del sujeto desde el significante, desde el verbo, en el verbo y para el verbo. Es la subjetivación encadenada a los significantes, es la subjetivación sujeta al deseo, es la subjetividad constructora del Ser.

La subjetividad real se manifestará en la presencia del goce, la presencia de la pulsión de muerte, la oscuridad terrorífica y la sombra de la angustia, silencio y ausencia infinita, pureza de muerte, silencio aterrador del que el a-dicto expresa y se es-presa, el a-dicto ausente de dicción, el ausente de palabra, ausente sobre todo desde, y de “su” palabra.

Ustedes me dirán, que obviamente los adictos hablan, que no están mudos, y hablan mucho, sobre todo y sobre todos, y al mismo tiempo sobre nada, pues ellos mismos dicen que no se les puede comprender si no tienes la misma experiencia de vida. El discurso estereotipado del adicto es como una marca de identidad, de identificación entre iguales; iguales en su sufrimiento; iguales en su adicción al alcohol o drogas; iguales en su adicción y en su experiencia infantil traumática o de violencia familiar.

Discurso entre iguales y para los iguales en su necesidad identificatoria de historias iguales. Puro discurso especular, narcisista e imaginario. Son discursos aprendidos, y repetidos adictivamente, que le posibilitan al sujeto hablar de su yo frente a otros yos, que sean iguales a su yo. No hablan de sí, del ser diferente frente a otro distinto, diferente a sí; para no implicarse, ni comprometerse subjetivamente en el plano simbólico del gran Otro; para no implicarse ni comprometerse transferencialmente con la falta, con la nada; para no transitar los desfiladeros del deseo.

La subjetivación de la experiencia, la subjetivación simbólica, es una acción constitutiva y constituyente del sujeto. No de un sujeto imaginario, alienante e impersonal; tampoco de un sujeto real anónimo y reemplazable por su igualdad, similitud o parecido en su experiencia adictiva. Se trata de la constitución de un sujeto muy singular, muy personal, irremplazable y universal. Sujeto universal, entendido por su pluralidad y diversidad universal de potencialidades de deseo. No entendiéndose el sujeto universal, como un sujeto total y absoluto; pues ello correspondería al “ello” freudiano, o al sujeto sin falta, sin tachadura, y por lo tanto sin deseo.

El acto clínico de subjetivar la historia, de recordar, enunciar y rememorar o reconstruir la historia del inconsciente, es el acto del de-venir sujeto. Un devenir siendo, un venir siendo para Otro, el gran Otro de los significantes. Un devenir, en proceso de ser para la muerte, de ser y que-hacer antes de la muerte. Un devenir del ser sujeto, sujetado a la estructura simbólica, a la estructura del lenguaje y del habla. Lacan en 1957 en su escrito *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud* define al sujeto como representado por un significante para otro significante, y define al significante en relación con otros significantes; no hay significante con significación, por lo tanto, no existe el sujeto con una significación esencialista del ser. Decirlo de una forma filosófica sería: El sujeto por ser nada, o no ser (ausencia de ser), *es* siendo; se es en la voz, en el verbo o en el habla; se es en la voz materna; se es en la voz paterna; se es en la voz del gran Otro y de los otros, pero sobre todo se es en la voz propia del sujeto, en su propia voz. Voz que como eco retorna al sujeto para significarse o re-significarse en su ser. En el grafo del deseo que Lacan en 1960 presenta en su escrito *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano* se ve la cadena

significante que va desde un significante hasta la voz: el significante desemboca en la voz.

Decirlo de otra forma: el sujeto es efecto de la voz y resultado de su voz. Dice un refrán popular: “Habla la voz de la experiencia”. De esto trata la clínica: que la voz hable y que hable de la subjetivación de la experiencia adictiva, que hable de las mutaciones y transformaciones subjetivas en las rememoraciones de la vida. Transformación psíquica que sólo es posible en, y desde el deseo, en, y desde la verdad del inconsciente.

Quiero ir terminando esta reflexión compartida con ustedes sobre mi experiencia clínica ejercida durante varios años. Años que he venido ejerciendo la clínica desde el polo más radical positivista, hasta quizás el polo más radical subjetivista del psicoanálisis, pasando por diversas teorías y técnicas “efectivistas” en el tratamiento de las adicciones. Y quizás por la misma experiencia les quiero decir que creo **es necesaria** la investigación y la clínica psicológica, el ejercicio de una clínica objetiva y científica sobre fenómenos reales como las conductas adictivas Necesidad o necesidad que responde a las necesidades y necesidades propias de la institución.

Pero también creo que **es posible y deseable** que la práctica clínica analítica dé cuenta del reconocimiento de la subjetivación de la experiencia del adicto; dé cuenta del reconocimiento de la palabra, de quien la emite. Es posible y es deseable, el ejercicio de la clínica analítica, en tanto que el analizante sea en su voz, donde encuentre posibles respuestas construidas, a partir de la constitución previa, de sus preguntas hechas como sujeto. Que sean sus respuestas, las que le digan que va a ser, y que va hacer, con el hecho de haber sido arrojado al mundo, de haber sido arrojado a la vida, de haber sido arrojado a la muerte. Qué hacer con su historia de vida, qué hacer con su historia familiar, y qué hacer con su historia de consumo de drogas, o de cualquier otro tipo de objetos gozosos, que le sean adictivos en su consumo; en su consumo del ser.

Para que se constituya un sujeto, debe morir un yo. Habrá que festejar siempre que nazca un “sujeto” y por lo tanto, habrá que festejar siempre que muera un “yo” (clínicamente hablando). Nacimiento y muerte, constitución del ser y reconocimiento de la nada. De esto también trata la clínica en el campo de las adicciones, o de cualquier otro campo fenoménico; todos ellos como efectos del inconsciente, como efectos de existencia de un “yo” que se aferra a lo real gozoso, o se instala en la imagen mortuoria de objeto, de objeto de ser del otro y para el deseo del otro.

Termino esta reflexión sobre la “clínica de las adicciones”, con la inquietud de haberles transmitido a ustedes, con el testimonio de mi práctica clínica,

la relación entre objetividad y subjetividad que se da en el ejercicio de la clínica **“Entre lo Real y lo Posible”** y **“Desde lo real a lo posible”**. Decirlo de otra forma sería: “Entre la necesidad y el deseo” y “desde la necesidad al deseo”. Toda decisión implica una responsabilidad. Toda historia implica decisiones. Esta es parte de mi historia y de mis decisiones en el ejercicio de la clínica.