

INSTITUCION PARA TOXICOMANOS, DEMANDA Y DIRECCION DE LA CURA

Jose Miguel Arnal (1)
Teresa Fernandez-March (2)

RESUMEN

Se plantea la relación de la «institución para toxicómanos» con la demanda de este tipo de pacientes y las repercusiones que ello comporta en la dirección de la cura.

La existencia de este tipo de instituciones específicas duplica la identificación fundamental de estos sujetos a un significante: «yo soy toxicómano». Lo que

añadido a ciertos límites estructurales propios a la Institución como tal, interpone serias dificultades a la marcha de la cura.

La labor del psicoanalista deberá ir en el sentido opuesto, trabajo de descompletamiento que, poniendo en evidencia la falta en el Otro, su inconsistencia, pueda producir efectos de división subjetiva y la emergencia del síntoma hasta ahora velado por la práctica de la droga.

La Institución, bajo muy diversos aspectos, cobra una relevancia evidente en la clínica del toxicómano. Incluso, en ocasiones, tomando una apariencia de necesidad y reclamando para sí el ser lugar y causa (sic) de la cura. Ya de entrada el mismo hecho de su especificidad (centros, comunidades, etcétera para toxicómanos) debería ponernos sobre aviso sobre la especial relación de la posición de este tipo de pacientes y esa instancia social que, en la más amplia acepción del término, se llama «institución». Intentaremos plantear algunos de los interrogantes que tal relación produce en su articulación lógica con la demanda de tratamiento y la dirección de la cura.

Lugar de la cura. Es en el campo del Otro (el Otro del lenguaje) donde la cura tiene lugar.

Sin ese tercero entre analista y paciente al cual ambos se dirigen, la relación terapéutica, aprisionada en lo imaginario de la relación intersubjetiva, quedará reducida, en el mejor de los casos, a un intercambio mutuo de dones y ficticios saberes.

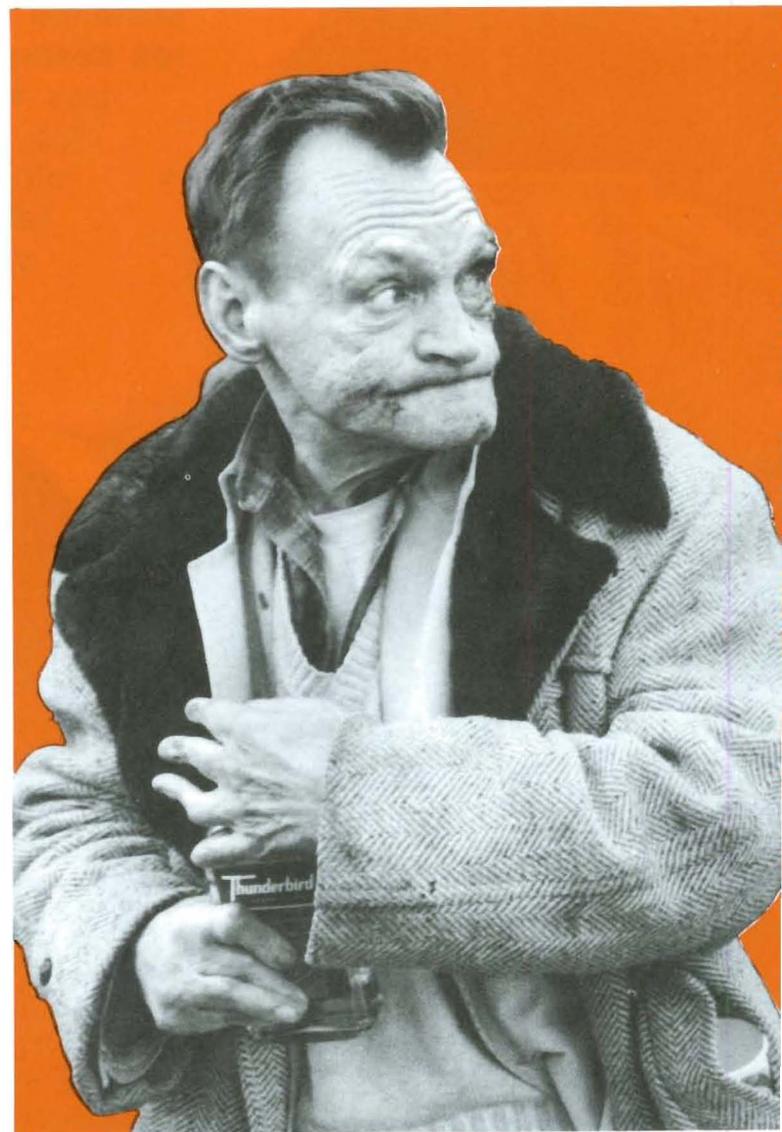
Pero ya la demanda nace en el campo del Otro. Por el simple hecho de que es dicha, de que el sujeto no es sino en tanto que habla. Y demanda que debe ser pensada en relación a la oferta de tratamiento socialmente multiplicada en los últimos años.

A. Pandolfo¹ define la toxicomanía como «una práctica dirigida a poner límite al goce del otro (...). La droga ocupa aquí una función económica para el sujeto, sea cual sea la estructura que éste nos revele, psicosis,

neurosis o perversión. Tomar droga es una práctica del cuerpo que tiene como finalidad tratar el goce del Otro o, al menos, tratar de ordenarlo. Práctica del cuerpo, a condición de reconocer a éste su estatuto de lugar de inscripción del significante, o el cuerpo como Otro. Cuando un toxicómano se inyecta heroína, es al Otro a quien atiende». La práctica del toxicómano se orienta a evitar-ocultar el sufrimiento que el enfrentamiento al otro produce (y al otro sexual como explica H. Freda en el artículo adjunto), enfrentamiento que pone de manifiesto lo que de ambos lados falta, y que en

por tanto, de obviar la demanda al Otro. «La droga y la toxicomanía no son una enfermedad. Se trata de un intento de curación, y en algunos casos, no el peor», dice A. Pandolfo.

La necesidad articulada a la demanda de tratamiento es resultado directo del fracaso de la droga como evitación del síntoma. Es cuando tal práctica deja de servirle al toxicómano como mecanismo de gestión del goce, que acudirá a la Institución, o sus subrogados, para que ella ejerza ese dominio que a él se le escapa. Y la «institución para toxicómanos», acogiéndole,



la neurosis, por ejemplo, se resuelve bajo la forma del síntoma. La toxicomanía es, en este sentido, un ideal de completud, de situar al sujeto en un ilusorio más acá de la necesidad y,

completará por su parte la razón de ser de ella misma. Ella ha aparecido justamente para poder nombrar, desde el discurso del amo, la toxicomanía como síntoma social y para saber del

(1) Psicoanalista. Presidente de la sección española de «Plataforma Internacional para una clínica del toxicómano».

(2) Psicoanalista. Psicólogo clínico del Servicio de Salud Mental de la Diputación de Valencia. Miembro del P.I.C.T.

goce de ciertos sujetos cuyo control se le escapa. Dos vectores que confluyen, pues, en ese momento inicial de la demanda. Veamos sus posibles resoluciones.

La Institución está ahí para el «bien social». «El mayor bien para el mayor número», decía la máxima utilitarista, filosofía que, como se sabe, está en los cimientos mismos de la moderna concepción del Estado. Y, ciertamente, todas las complicaciones de este mundo comienzan cuando alguien se propone hacer el bien al otro.

La Institución para toxicómanos aparece en el lugar de la respuesta a una enrucijada de demandas: la demanda social, la demanda familiar, la demanda judicial y, si entre tanto ruido alguien consigue escucharla, la demanda del propio toxicómano. Tal o tales respuestas recibirán diversos nombres. Digamos una serie que define suficientemente una cierta concepción del tratamiento a toxicómanos: *rehabilitación-reeducación-reinserción*. Y para ello la Institución se dotará de sus programas, equipos terapéuticos y espacios adecuados. Opongamos ya desde ahora a tal serie el concepto lógicamente correspondiente desde la clínica: la *cura*, curiosamente ausente, al menos en España, de la gran mayoría de programas institucionales para toxicómanos. Ellos insistirán en construirse alrededor de dos polos: prevención-reinserción. No parece haber lugar para la clínica entre ambos. Y es que el lugar de la cura es ciertamente un lugar complicado y resbaladizo.

Nos dice Jacques Lacan: «*La importancia de preservar el lugar del deseo en la dirección de la cura necesita que se oriente ese lugar con relación a los efectos de la demanda*». ² Y más adelante insiste: «*Es el deseo el que mantiene la dirección del análisis, fuera de los efectos de la demanda*».

Y ése es, precisamente, el camino que la Institución siempre

corre el peligro de cerrar en la medida en que responde a la demanda del sujeto. En la medida en que tal respuesta vaya dirigida a la satisfacción ilusoria de la necesidad que se articula en cada demanda. Que ello sea con medicamentos sustitutivos, con una plaza en un centro de internamiento o el ingreso en determinado programa, poco importa. El toxicómano, generalmente, se presenta en una posición paradójica. Sujeto identificado al significante que le nombra en el Otro («Yo soy toxicómano») ha sido su curiosa carta de presentación durante años), la práctica que sustentaba tal identificación ha comenzado a plantearle dificultades. En efecto, su especial modo de ser sujeto, sujeto de su adicción, era correlativo al intento de control (el consumo de droga hay que entenderlo como un intento de curación, decíamos) del goce absoluto del Otro que el uso de la droga, a través de los ritmos del placer, le proporcionaba. La obsesión por el «control» del goce del cuerpo, por la posibilidad de un uso «ordenado» de la droga, «que yo la pueda controlar, que ella no me controle a mí», etcétera es algo que se puede escuchar de cualquier toxicómano llegado a la clínica.

Cuando ello fracasa es el cuerpo de un goce sin sujeto el que el toxicómano ofrece («me pongo por completo en sus manos», «hagan conmigo lo que sea necesario»...) al Otro de la Institución para que ejerza la función de dominio que antes cumplía la droga. Otro, pues, al que, para completarlo, se ofrece él de nuevo como objeto de goce.

Y la paradoja se duplica aquí. La Institución acogiendo bajo su protección al toxicómano, ocupando el lugar del significativo amo, sustentará al sujeto duplicando su identificación al significante «toxicómano». Que éste se desplace a «paciente de la institución para toxicómanos» o cualquiera similar, o incluso a «ex-toxicómano» o, como en algunos programas, a

«operador», «monitor», etcétera, varía poco las cosas. El Otro sigue entregando un significativo al que el sujeto se identifica, impidiendo su deslizamiento por la cadena de ellos y, por tanto, su propio devenir como sujeto.

Respondiendo a la demanda se cierra justamente el camino que la demanda abre: el de la aparición del deseo articulado a ella, de la falta en el Otro y, por tanto, de la división subjetiva. El paciente ocupará justo esa brecha en el Otro presentándose así como completo. A partir de ahí todo tratamiento dicho terapéutico, de rehabilitación, de reinserción socio-laboral o como quiera llamársele, se reducirá a una adaptación, más o menos ajustada, a las pretensiones del discurso del Amo. Efectos de reparación, en suma. La función de dominio en todo su aplastante poder: el de la anulación subjetiva. Se tratará, al precio que sea, de conseguir «resultados» (¿para quién?), y a poder ser cuantificables, de que eso marche, obviando precisamente lo que clínicamente importa, es decir, lo que no marcha y es susceptible por ello de cristalizar en síntoma. Especialistas en esta labor de sometimiento al discurso del amo han invadido hace tiempo el campo de la toxicomanía. Sus distintas máscaras ideológicas no ocultan su trasfondo común. Todos los conocemos: El Patriarca y Proyecto Hombre son hoy en España sus más firmes paladines, sin olvidar por ello más de un programa puesto en marcha desde la propia Institución Pública.

Desde una dirección psicoanalítica de la cura se tratará de evitar siempre ese intercambio interminable de demandas y sus correspondientes dones, por otra parte provenientes en muchos casos de la propia angustia del terapeuta que, incapaz, él también, de soportar la falta en el Otro, acude solícito a taparla, y a cerrar así la vía de la palabra y del deseo, con la primera pastilla a mano, la metadona o un rápido internamiento. El circuito ha comenzado, salir de

él no será fácil y será curiosa-mente el toxicómano el que normalmente lo haga, abandonando la institución o el terapeuta para seguir buscando lo que no sabe en otro sitio.

La demanda, sabemos con Freud y con Lacan, es siempre intransitiva, carece de objeto que la satisfaga por cuanto, finalmente, es siempre demanda de amor. El psicoanalista no responde ante ella sino de la posición en la transferencia. Y, desde luego, en ningún caso desde un saber, saber que el toxicómano es especialmente hábil en tajar (él es el que sabe de su goce, él y el resto de los toxicómanos). La clínica analítica es clínica bajo transferencia. Si de algo sabe el analista no es ciertamente del objeto de goce sino de su falta. Y sólo a partir de ahí puede pensarse la instauración de un Sujeto supuesto a ese saber al que el paciente dirija su pregunta sobre lo que para él carece de sentido pero le hace sufrir.

Pero la transferencia, bien sea imaginaria, aparece ya en la primera demanda, incluso si ésta va dirigida de forma masiva a la Institución como tal. Aquí el problema se planteará en cómo reconducir esta transferencia masiva a la propia del dispositivo analítico. Evidentemente, y en primer lugar, no tapándola con un don. Lacan dice que la enunciación de la regla fundamental funciona como el motor mismo de la transferencia: invitar al paciente a seguir hablando, de cualquier cosa. Cualquier cosa, justo de lo único que nunca podrá hablar.

En el discurso analítico el sujeto «ama la verdad por nada», pues ningún significativo amo puede apropiarse de sus efectos bajo la apariencia de un saber. Justo lo contrario ocurre cuando el toxicómano se dirige a un saber que él sabe y el médico, o el terapeuta, o la Institución o la secta místico-religiosa le dan aquello que pide. Ambos se reconocen ahí en su ser más falso, la apariencia de completud

del que da, a través de su intercambio objetal. Palabra muerta que es, decía Mallarmé, como esas monedas desgastadas en sus dos caras y que los hombres se pasan de mano en mano, en silencio.

El analista, trabajando al interior de la Institución, deberá cumplir la función de preservador de la falta en ser del Otro. El justamente debe mantenerse ese lugar faltante en su acto, esto es, que cada vez que el sujeto se dirija a ese lugar buscándole, no le encuentre allí donde espera. Operación de sustracción respecto a la aparente completud del organigrama estructural y funcional de una Institución. Operación difícil, sin duda, pero mantener ese lugar diferenciado será fundamental para la buena marcha de la cura. A él sólo corresponde su dirección y, desde una perspectiva estrictamente psicoanalítica, convendría dejar abierto el integrante sobre si ésta no comienza cuando más allá de todo tratamiento institucional el sujeto llega al punto de formalizar una demanda de análisis, difícilmente pensable en el marco de un internamiento grupal y, habitualmente, gratuito.

Por otra parte, en el curso de un análisis con pacientes ingresados aparecen resistencias directamente vinculadas a la propia Institución. No hay que olvidar, de entrada, la propia historia de las instituciones, en su sentido más amplio, en el Estado moderno: ellas organizan un «interior» donde todos deben tener cabida, defensa contra un «exterior» en falta. Su existencia es inseparable de ese principio de utilidad evocado más arriba, función de recuperación y de control de lo aparentemente desechable —toda la filosofía política de la Asistencia Social tiene ahí su principio.

En segundo lugar, en la Institución existe, y no puede ser de otra forma, una ley. El problema estribará en la medida en que tal ley sea subjetivada por cada paciente. Subjetivada: y



para ello, diferencial. Las normas no pueden ser de aplicación indiscriminada. Pues, ¿cómo abrir el deseo entre un cuerpo maternal omnipresente y la orden, que no la ley, muda de un padre paranoico? Si todos iguales, la consecuencia será el reforzamiento de esa ya desarrollada capacidad del toxicómano para las identificaciones imaginarias al grupo.

Así, tales resistencias en la dirección de la cura aparecerán

vinculadas fundamentalmente a ese imaginario grupal, por un lado, y a la propia Institución como completud ilusoria, por otro. Es el extendido absurdo de «la Comunidad, o el Programa, cura», que desde los propios equipos terapéuticos se transmite como lema a los sucesivos grupos de pacientes que transitan la Institución.

Para vencer tales resistencias, además de la propia posición del

analista, colaborará todo mecanismo tendente a remarcar la expansión y separación de funciones y lugares frente a ese todo indiferenciado que, en un principio se presenta al paciente y a quien dirige su demanda.

Pero aquí no es difícil advertir la aparición de nuevas dificultades. Si el toxicómano ante la deuda impagable (así se le presenta la deuda simbólica y de ahí su rechazo del Otro) ofrece a ese Otro, bajo la forma de la Institución, su cuerpo y vida entera («hagan de mí lo que quieran») y si la labor del analista en la dirección de la cura irá en el sentido de mostrar la inconsistencia de ese Otro, por el contrario la constante presencia de la Institución dominante irá en el sentido opuesto: el del reforzamiento de un Otro absoluto, imaginariamente consistente. Y si la deuda aumenta por ello con qué va a pagar quien ya lo ha dado todo. Imposibilidad de pagar es correlativo aquí de imposibilidad de subjetivizar la deuda. Y éste es quizás un límite estructural, e insalvable por tanto, de la Institución como tal. ¿Hay salida a tal impasse? La lógica universal nos dice que no. En el caso por caso, el psicoanalista deberá inventar un camino que siempre será diferente. La salida, como siempre resulta paradójica. Y es que probablemente no es la misma Institución, siendo ella en sí la misma, la que opera respecto a dos toxicómanos. Lo mismo se podría decir respecto al analista. Y ello porque finalmente el Otro lo es de cada sujeto.

NOTAS

- 1 A. PANDOLFO, *Symptome et toxicomanie*, en «SYMPTOME», número 1, Reims, 1989.
- 2 J. LACAN, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, en *Escritos I*, ed. Siglo XXI, México, 1972.