

DESAFÍOS Y CAMBIOS EN LA ESCUCHA PSICOANALÍTICA DE LA TOXICOMANÍA

CHALLENGES AND CHANGES IN THE PSYCHOANALYTIC LISTENING, IN CASES OF TOXICOMANIA

Patrícia Rutsatz¹ y Mônica Medeiros Kother Macedo²

Resumen

El artículo es resultado de una investigación cualitativa sobre los desafíos y cambios ocurridos en la escucha psicoanalítica de la toxicomanía. Se realizaron entrevistas con seis psicoanalistas con reconocida experiencia en esta área de la clínica. Los datos obtenidos fueron analizados con el método de Análisis Interpretativo que permitió formular tres proposiciones: El desafío de sustentar la transferencia del analista con el Psicoanálisis frente a un fracaso en la clínica, La construcción de la demanda de análisis y la escucha del ‘contrabando’ transferencial y El potencial de reducción de daños a través del escuchar de la otra escena. Las reflexiones, los desafíos y los cambios referidos por los psicoanalistas entrevistados confirman la relevante contribución del psicoanálisis al campo de la toxicomanía. Es importante que un psicoanalista acepte las dificultades de la clínica y no deje de fomentar procesos de cambio en su ejercicio de escucha.

Palabras Clave: Toxicomanía. Clínica Psicoanalítica, escucha. Psicoanálisis

Summary

The article centers on a qualitative research on the challenges and changes taking place in the psychoanalytic listening of toxicomania. Six psychoanalysts having renowned expertise in this clinical area were interviewed. The data obtained were analyzed applying the method of interpretative analysis which allowed to make three proposals: the challenge of basing analyst transference on psychoanalysis when confronting therapy failure, the construction of analysis demand and the listening of the counter transference and the potential of harm reduction through the listening of another scene. Reflections, challenges and changes referred to by interviewed psychoanalysts confirm the relevant contribution of psychoanalysis to the field of toxicomania. It's important that psychoanalysts accept the difficulties of clinical work and ensure encouraging processes of change in the exercise of listening.

¹ patriciarutsatz@gmail.com
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

² monicakm@pucrs.br
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Key words Toxicomanía. Psychoanalytical listening. Psychoanalysis

Introducción

Muchas son las críticas referentes a la eficacia y la indicación del tratamiento psicoanalítico para la problemática de la toxicomanía. Torossiam (2004) afirma que las justificaciones para no indicar el tratamiento psicoanalítico, se apoyan, a veces, en las ideas de que el toxicómano necesitaría de un tratamiento breve por la imposibilidad de entrar en transferencia. No obstante, según la autora, en la medida que se adentra en las producciones de conocimiento sobre ese campo, por el sesgo del psicoanálisis, encuentra importantes reflexiones y proposiciones que se refieren a las posibilidades singulares de abordajes terapéuticos para la toxicomanía.

Las producciones psicoanalíticas que se dedican a estudiar y explorar ese fenómeno, enfatizan en el carácter de insuficiencia y falta de estudios sobre toxicomanía (Conte, 2003; Oliveira, 2010; Segú, 2013). Los autores también apuntan a la ineficacia de modelos comportamentales y de sistemas represivos, señalando la necesidad de tener en cuenta, en la intervención, especificidades propias de las toxicomanías. Conforme afirma Conte (2003), se creó una crítica al modelo comportamental, con el fin de maximizar prácticas de contención y de control. En la mayoría de los servicios que siguen la orientación comportamental, psiquiátrica y religiosa, según la autora, los pacientes continúan nominándose a sí mismos en función de su toxicomanía. Esa situación, para Conte (2003), sucede por la forma en cómo el tratamiento es conducido, una vez que “no posibilita ni el mantenimiento efectivo de la abstinencia, objetivo al cual se proponen esos tratamientos, ni una modificación de la relación del sujeto con la droga y su significación en la vida psíquica” (p.16).

Ya en la comprensión de ese padecimiento, propia al Psicoanálisis, el sujeto es priorizado. La dimensión fundamental que el Psicoanálisis introduce es la escucha analítica de aquello que el sujeto tiene para decir respecto de su singular relación con la droga. En esta dirección, el objetivo de este artículo³ es explorar en profundidad, los desafíos, las especificidades y las potencialidades técnicas y teóricas del trabajo clínico psicoanalítico en el tratamiento de la toxicomanía. Para eso, se investigó la experiencia de seis psicoanalistas que trabajan en la intervención terapéutica frente a la toxicomanía. Se buscó, a partir de las narraciones de estos profesionales, identificar peculiaridades propias de la clínica de la toxicomanía, la presentación de las demandas en esa clínica, las modalidades de intervención, los desafíos y finalmente, identificar las contribuciones del Psicoanálisis en el escenario clínico. Se cree que es muy importante, para el presente y futuro del Psicoanálisis, que se produzcan los cambios necesarios frente a la complejidad de las demandas clínicas. Esta posición de apertura a lo nuevo también fomenta las condiciones de interlocución entre los profesionales,

³ Este artículo integra una Tesis de Maestría realizada en el Programa de Posgraduación de Psicología de la PUCRS (Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) promovida por la beca CAPES.

a partir de diferentes aportes teóricos y técnicos. En este estudio se buscó conocer la experiencia y los cambios que ocurrieron en estos profesionales frente a la escucha de la toxicomanía. En este sentido, la elección de los participantes se basó en los aportes de Green (2004) sobre la relevancia de buscar la construcción de directrices para un Psicoanálisis contemporáneo. Así, en esta investigación, fue relevante entrevistar psicoanalistas cuya práctica clínica es sustentada por diferentes aportes teóricos y técnicos y tiene como eje común la intervención terapéutica en la toxicomanía. Se trata de ilustrar la diversidad en la escucha y los cambios que surgen en el afrontamiento de las demandas de trabajo, en el heterogéneo campo de la toxicomanía.

Método

Este estudio de corte cualitativo buscó explorar y comprender la complejidad, los cambios teóricos y técnicos en la escucha psicoanalítica frente al fenómeno de la toxicomanía. Conocer la experiencia clínica de estos participantes permitió profundizar en la peculiar condición del trabajo analítico con este padecimiento.

Participantes

La investigación contó con la participación de seis psicoanalistas, tres brasileros y tres argentinos. Localizados por conveniencia, todos con experiencia de mínimo cinco años de práctica clínica en atención a sujetos que buscaban tratamiento psicoanalítico, debido a su condición de toxicomanía. A partir de una Ficha de Datos Sociodemográficos elaborada para este estudio, se presenta a continuación la caracterización de los participantes.

Tabla 1

Participantes	Sexo	Edad	Profesión	Hace cuánto se graduó	Tiempo en la clínica de toxicomanía	Local donde ejerce	Nacionalidad
P1	Masculino	44 años	Psicología	18 años	17 años	Consultorio particular	Argentina
P2	Masculino	70 años	Medicina	44 años	17 años	Consultorio particular e institución	Argentina
P3	Masculino	35 años	Psicología	10 años	10 años	Consultorio particular e institución	Argentina
P4	Femenino	55 años	Psicología	30 años	26 años	Consultorio particular y salud pública	Brasil
P5	Masculino	49 años	Psicología	23 años	17 años	Consultorio particular	Brasil
P6	Femenino	49 años	Psicología	25 años	24 años	Consultorio particular y salud pública	Brasil

Instrumentos para recolección de datos

La recolección de datos se hizo a través de la realización de una entrevista semi-estructurada con los participantes, contemplando dos ejes temáticos que sirvieron como norte en la búsqueda de los datos. El primer eje temático abordó la formación teórica y técnica del profesional, la experiencia profesional y las especificidades de su ejercicio clínico. El segundo eje temático abordó las demandas de tratamientos, las modalidades de intervención en la clínica de la toxicomanía, los desafíos y cambios técnicos frente a ese padecimiento tanto en las limitaciones como en los éxitos del Psicoanálisis en esta práctica clínica.

Análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos en este estudio fue hecho por medio del método de Análisis Interpretativa, propuesto por Frederick Erickson (1997), en el cual el trabajo con viñetas de entrevistas con los participantes permite la formulación de proposiciones sobre el tema de investigación. Según el autor, la tarea del investigador es descubrir los diferentes extractos de universalidad y particularidades presentes en el caso específico estudiado. Se trata, por lo tanto, de discriminar qué aspectos son ampliamente universales y pueden generalizarse para otras situaciones similares y que aspectos son exclusivos del caso en cuestión. Para Erickson (1997) las viñetas con las cuales trabajarán los investigadores deben elaborarse a partir del corpus de datos. Se destaca el hecho de que no es suficiente identificar y elaborar una viñeta fundamental, más importante y difícil es, como Erickson (1997) declara, “explorar analíticamente el significado de los detalles concretos informados, y de los diversos niveles de significado contenidos en la narrativa” (p.279). Por lo tanto, con los datos obtenidos de los psicoanalistas en el estudio se realizó un examen sistemático de las entrevistas, tratando de crear proposiciones que aborasen el tema de estudio. A cada proposición se sigue un comentario interpretativo.

La construcción y presentación de las proposiciones sobre la temática investigada, a su vez, ilustradas con viñetas y fundamentadas con comentarios interpretativos sustentados en la teoría psicoanalítica, permiten acompañar el camino recorrido por el investigador. A través del análisis de las narraciones de los psicoanalistas se hizo posible realizar comentarios interpretativos respecto de sus experiencias singulares y así solidificar las proposiciones sobre el fenómeno estudiado. En la etapa siguiente se realizó una nueva búsqueda de evidencias que confirmaran o negaran las proposiciones y, en caso necesario, llevaran a su reformulación. Después de esa vuelta por los datos se consideraron definidas las proposiciones en el estudio.

El método utilizado en el estudio va al encuentro del pensamiento psicoanalítico, al dar especial atención a los sentidos ocultos que se presentan en la narración del sujeto, viabilizando una profunda comprensión del fenómeno. Se percibe, a través del

comentario interpretativo, asociado con la proposición, construida con el corpus de datos de la investigación, el cuidado en la problematización entre la especificidad de la narrativa de un entrevistado y la teoría en la que se basa, epistemológicamente, el estudio.

Resultados

Después del análisis del material obtenido a partir de la transcripción y del trabajo con las entrevistas, se señala la aceptación de estos psicoanalistas de los cambios necesarios que surgen de la escucha de este singular padecimiento. Los datos obtenidos se organizaron en tres proposiciones que permitieron una consistente comprensión sobre los desafíos y los cambios involucrados en la escucha psicoanalítica de la toxicomanía.

La primera proposición se titula **“el desafío de sustentar la transferencia del analista con el psicoanálisis frente a un ‘fracaso en la clínica’**”, y surge de las problematizaciones abordadas y exploradas por los entrevistados sobre la noción de desafío asociada a la experiencia clínica psicoanalítica de la toxicomanía. Los desafíos enunciados por los entrevistados en esa proposición se muestran relacionados tanto con el tema de la importancia de la transferencia para el Psicoanálisis, como asociado con los recurrentes fracasos terapéuticos en la clínica de la toxicomanía. La importancia de la calidad de la escucha analítica en ese proceso se muestra evidente en las verbalizaciones de los entrevistados. La segunda proposición, denominada **“la construcción de la demanda de análisis y la escucha del ‘contrabando’ transferencial”**, explora las dificultades que se presentan en la construcción de la demanda de tratamiento en la toxicomanía y que influyen directamente en el campo transferencial. El proceso de construcción de la demanda en la toxicomanía se destaca como un importante aprendizaje por los analistas en la clínica de la toxicomanía. Se resalta que el analista tiene que estar atento y capacitado para identificar los elementos que son **“contrabandeados”** para desarrollar la relación transferencial. Poder identificar estos elementos está relacionado, según los entrevistados, a las posibilidades de cambios en la escucha analítica para viabilizar el tratamiento. La tercera y última proposición fue designada **“el potencial de reducción de daños hacia la escucha de la otra escena”** y aborda contribuciones y potencialidades que el Psicoanálisis puede aportar al campo de la toxicomanía. Se propone, en esa tercera proposición, que el analista necesita ser creativo para introducir otra lógica de pensar sobre la problemática de la toxicomanía. Se torna fundamental que la escucha analítica busque el rescate de un lugar simbólico para el sujeto que padece en la toxicomanía.

Se presentan a continuación las proposiciones y los comentarios interpretativos que de ellas derivan. Cabe resaltar que las viñetas ilustran la importancia de los datos obtenidos en la investigación.

Discusión

Primera proposición: el desafío de sustentar la transferencia del analista con el psicoanálisis frente a un “fracaso en la clínica”.

La entrevistada P6 sintetiza el eje central de esa proposición a partir de su cuestionamiento: *“es una clínica que cuestiona el Psicoanálisis justamente en el habla. Es una cura a través del habla y las personas llegan entorpecidas sin poder hablar”*. La pregunta estimulante remite al hecho de que el dispositivo psicoanalítico consiga o no sustentar una clínica en la cual la química, lo biológico, sobresalen y la palabra parece fracasar en eso. En esa línea de raciocinio, Filho (1999) destaca que la idea es que la cultura, la palabra y el lazo social sean estructurantes de la misma forma que la función biológica lo es para un sujeto. Conforme al autor, *“es exactamente este punto que el toxicómano pone en cuestión”* (p.61), pues, en esa condición, la subjetividad parece impotente frente a las demandas que el producto químico exige del sujeto. La toxicomanía, como padecimiento, cuestiona justamente el carácter metafórico del síntoma y la posibilidad de descifrarlo por medio del lenguaje. Así, el recurso compulsivo al tóxico no es una solución de compromiso como lo es el síntoma de la concepción freudiana, pero sí una salida para el malestar a través del gozo inmediato.

En esta perspectiva, Le Poulichet (2005) declara que en la toxicomanía, el recurso en el toxicómano se convierte en un paso al acto, dificultando la relación transferencial y la dirección de la cura. Filho (1999) considera, además, que el problema principal es el hecho de que el toxicómano no quiere saber nada sobre el Inconsciente y solo necesita del encuentro con la droga y el efecto que ésta va a producir. El gran desafío, por lo tanto, en la clínica de la toxicomanía, es conseguir acceso al sujeto que se esconde en la trágica compulsión por el objeto tóxico. El reconocimiento de ese desafío está en las consideraciones de P2 al referirse a la dimensión del fracaso que se presenta en la clínica de la toxicomanía: *“es una clínica muy ingrata, donde no se puede perder de vista que no se puede pretender grandes cosas, es decir, son muy limitadas las cosas, ¡estar dispuesto a soportar el fracaso! El analista debe tener una buena elaboración de su propio narcisismo y de su propio límite y de que todo no se puede”*. En esa línea que aborda el fracaso de la clínica de la toxicomanía asociada a las reflexiones sobre el lugar del analista, el entrevistado destaca la importancia de que el analista justamente se apropie de esta temática del fracaso, en la perspectiva de visibilizar su trabajo: *“tiene que tener algo del orden de un deseo del analista muy fuerte para sustentar esta clínica y, sobre todo, tener bastante elaboración y trabajo subjetivo sobre la temática del fracaso”*. De acuerdo con el entrevistado P2, este cambio del analista frente al tema del fracaso es de extrema importancia para sustentar el trabajo psicoanalítico.

El participante P3 destaca como dificultad propia de la clínica, la falta de garantías en relación a los efectos de las intervenciones del analista y también en relación al

propio proceso psicoanalítico: “*es una práctica que confronta con eso, que un punto de intervención puede no servir para nada, que un paciente puede no estar dispuesto, por ejemplo, y que tal vez tenga que buscar otra forma. Y tal vez eso se dé con el tiempo, tal vez se dé cinco años después. Tal vez no se dé nunca, ¿no? Entonces, no se puede garantizar*”. En esta dirección, P1 enfatiza la dificultad que se refiere al consentimiento del sujeto para el tratamiento psicoanalítico: “*el problema no es lo que el analista piensa, el problema es lo que el paciente está dispuesto a aceptar de lo que el analista piensa*”. Se constata, de esta forma, el reconocimiento por parte de los participantes de esta investigación, de la inherente complejidad que envuelve la dirección del proceso analítico frente a la demanda de la toxicomanía, pues el tema del fracaso clínico es recurrente. P2 destaca el deseo del analista como parte fundamental en esta práctica. Sin embargo señala que el deseo debe existir sin que se tenga garantía sobre el progreso del tratamiento, como afirma P3. El participante P1 identifica sus experiencias nefastas referentes a la incertidumbre presente en la clínica. Los desafíos problematizados por los entrevistados no dejan dudas sobre la importancia de que el psicoanalista tenga presente los impases de su propio narcisismo a fin de conseguir sustentar la temática del fracaso y los límites inevitables en el proceso de escucha de la toxicomanía.

Conocer la experiencia clínica de los psicoanalistas permite afirmar, también, la importancia de que el analista encuentre alternativas frente a los límites inevitables en el trabajo con la toxicomanía. En las narraciones de los entrevistados se percibe que el fracaso y las dificultades clínicas surgen ligados al tema de la transferencia analítica. Al dar nombre a los desafíos relacionados a la cuestión del fracaso clínico y que implican la transferencia, la entrevistada P6 destaca que esa clínica interroga el Psicoanálisis como método terapéutico y también la forma como el psicoanalista sustenta su práctica: “*en esas situaciones en que las personas están muy llevadas por las drogas, a veces, tenemos que hacer unas cosas que hacen con que uno se pregunte, ¿eso es Psicoanálisis? Pero aun así yo me veo transferencialmente teniendo que tener esa positividad. De posicionarme, de ayudar a significar. Lo que sustenta eso es la transferencia*”. La entrevistada habla sobre los dispositivos de la técnica analítica y la especificidad del método, destacando la importancia de sustentar la transferencia establecida en esos procesos. Se constata, por lo tanto, que las interrogaciones sobre la teoría y la técnica resultan en la creación de recursos para la escucha analítica en el campo de la transferencia. Se puede percibir en las verbalizaciones de los participantes las innegables e inevitables transformaciones que ocurren en el propio analista en la medida en que la escucha de la toxicomanía lo confronta, permanentemente, con el alcance y el beneficio de la teoría y de la técnica en este padecimiento.

En esta dirección, los entrevistados identifican, en el campo transferencial, desafíos asociados a la participación de otras personas en el proceso analítico como la familia y los amigos. P2 aborda la importancia de eso en la apuesta transferencial: “... *es*

una clínica que uno no hace solo con los sujetos, hace con las familias, hace con las instituciones en las cuales ellos circulan, y esa relación también necesita una apuesta transferencial importante, una confianza en lo que uno está diciendo". El entrevistado P2 identifica el trabajo con grupos como el dispositivo técnico fundamental para hacer frente a esta temática.

Los desafíos clínicos enunciados por los participantes surgen siempre ligados a la cuestión transferencial. La transferencia se presenta como una herramienta privilegiada en el campo analítico. En el caso de la toxicomanía, el sujeto establece un tipo de transferencia particularmente intensa con el analista (Conte, 2003). Se trata de una relación transferencial marcada por los rasgos propios del toxicómano, por su relación con el objeto que es particularmente insaciable, intensa y exclusiva. Sobre el lugar transferencial del analista en esa clínica, la entrevistada P6 afirma, a partir de los cambios que reconoce en su ejercicio de escucha: *"estar en el lugar de la droga es muy difícil, ser consumidor, ser despreciado, es muy difícil de soportar... ser abandonado, ser consumido, no es una transferencia fácil"*. La idea de que es una transferencia difícil reafirmada, también, por otros entrevistados. Se reconoce, entonces, las especificidades propias en relación a la cuestión transferencial, una vez que en ella, el analista pasa a ser tratado de la misma forma voraz como el analizado trata al tóxico. Se actualiza, por lo tanto, una identificación en nivel de imagen narcisista, especular y fuerte, sin que haya lugar para la falta. Una de las graves dificultades de los tratamientos de la toxicomanía reside en conseguir trabajar en ese nivel de esta intensa transferencia.

Freud (1912/1996) fundamenta en el análisis de la transferencia la principal condición para el progreso del tratamiento psicoanalítico. En muchos momentos, en las relaciones transferenciales, en el caso de la toxicomanía, el analista queda destruido de antemano de cualquier "supuesto saber", que se queda del lado del toxicómano. Conforme la dea de Lacan (1964/1988), la disposición del supuesto saber, como función de producir un lugar del saber (del Inconsciente), esto es, hacer al sujeto sentir falta y asumir el saber en el analista, es esencial para el establecimiento de la relación analítica. Para Conte (2003), el toxicómano insiste en apuntar radicalmente a las fallas del otro (equipo, analista, institución), efectuando una inversión transferencial. Frente a esos desafíos, la forma como el analista responde determinará el valor y el alcance de su escucha.

Reconociendo las exigencias e incertidumbres en la clínica de la toxicomanía, Le Poulichet (2005), a partir de su vasta experiencia y aprendizaje en la clínica de la toxicomanía, destaca la importancia de soportar un primer momento de la transferencia, en el cual el analista es puesto en el lugar del objeto imaginario que despierta odio, fascinación, angustia. La autora afirma que es por medio de ese camino que se establece una simbolización de la transferencia, es decir, que el analista puede ser situado en

un lugar en dirección a la palabra no tóxica. No se trata de competir con la droga y, sí, conforme la opinión de Le Poulichet (2005), no apelar al uso de drogas, apostando a la función de la palabra, y no eliminando a cualquier precio la droga en cuanto producto químico. En este sentido, los participantes de ese estudio destacan la dirección técnica que apuesta al poder de la palabra y del lugar del sujeto en su problemática, marcando lo que se refiere a una ética psicoanalítica. En relación a esa condición del proceso P2 destaca que es importante el analista tenga claro que: *“en el tratamiento no vamos a ocuparnos de si hay consumo, si consume, si no consume o si deja de consumir. El tratamiento consiste en buscar o hablar de las dificultades personales, es decir, de las dificultades subjetivas”*.

Con el fin de evidenciar que la clínica sigue siendo el mayor campo de transformaciones teóricas y técnicas en Psicoanálisis, P3 también afirma que la escucha analítica es la posibilidad de una marca subjetiva diferente, ilustrando lo que considera la especificidad del Psicoanálisis: *“hay pacientes que a partir del paso por la institución pueden escuchar una serie de cosas y la vida de ellos se modifica. Tal vez puedan tener más claro que el problema de ellos pasa por otras cuestiones, no por el consumo”*. P1 considera los dispositivos analíticos, es decir, la transferencia del analista con el hacer y la escucha analítica, recursos fundamentales para trabajar con esa temática: *“el analista debe estar muy convencido de lo que él hace, tener una escucha que intenta transformar algo en el paciente. La mejor técnica o la más importante es cualquier cosa que pase dentro del ámbito del setting analítico, va siendo pensado, elaborado por el analista y devuelto”*.

De esta forma, el analista también es convocado a partir de las particularidades de la clínica de la toxicomanía como, por ejemplo, a enfrentar el problema de la recaída y de la abstinencia del tóxico, y a pensar en los impases de la transferencia en ese encuadre analítico. Esas circunstancias convocan constantemente al analista a realizar un trabajo que garantice el acceso al sujeto y no a la droga, aunque ese desafío implique cuestionamientos sobre el manejo de la técnica y el encuadre. En esa línea de razomamientos, el entrevistado P1, afirma que, a partir de su experiencia, percibe como fundamental la forma como cada analista lidia con las cuestiones técnicas: *“es necesario devolver al paciente de una manera transformada, simbólica o en el acto o con cualquier herramienta que tengamos. Pero es difícil, muchos pacientes en momentos de mucha angustia jno pueden recibir una devolución simbólica! Eso de estar con mayor disponibilidad al paciente y permitir mayor plasticidad del encuadre es parte de una técnica”*. Así, se percibe en la experiencia del P1 que la flexibilidad del encuadre hace parte de las ampliaciones de la técnica en esta práctica, y puede ser comprendida como un importante cambio que sucede en el analista a partir de la escucha del padecimiento toxicómano.

El encuadre se vuelve el elemento fundamental en la práctica psicoanalítica, es en él que las cuestiones de la singularidad de cada analizado se revelan. Se considera que

la toxicomanía no es un síntoma que pertenezca al retorno simbólico de lo reprimido, ella acaba incitando cuestionamientos justamente sobre los dispositivos técnicos y sobre el encuadre. Los desafíos y cambios referentes a la elasticidad del encuadre en la escucha de la toxicomanía van al encuentro de una dirección técnica más activa y menos silenciosa del analista, como afirma P2: *“es más directa y más activa de lo que se podría hacer en un análisis... sabemos que en un psicoanálisis adaptado... se interviene ofreciéndoles un mejor soporte, ¿no? Es decir, comienzan a dar estos primeros pasos para comenzar a salir de esta situación de indiferenciación, de narcisismo tan primario en que se encuentra, en una situación de tanto desamparo. Es cierto que buscan un amparo dentro, una contención y un reconocimiento afectivo”*.

La modalidad específica de transferencia convoca al analista a reconocer la flexibilidad de la técnica psicoanalítica y del encuadre. Entre tanto, esos cambios solo están disponibles cuando son guiados por la transferencia del analista con el psicoanálisis. En esa dirección Green (2008) utiliza una significativa metáfora para trabajar sobre la flexibilidad de la técnica analítica. Para el autor, el psicoanálisis puede contar con diversas posibilidades, desde que mantenga su *admisión*, es decir, la *matriz activa* que lo caracteriza. Existe, de un lado, la maleabilidad de encuadres que amplía la cobertura del psicoanálisis. Es de fundamental importancia que la *matriz activa* característica de la *admisión* en la metáfora de Green se preserve. El encuadre específico de la clínica de la toxicomanía puede estar problematizado en relación al número de sesiones y al *setting*, considerando que normalmente, la escucha, en esa clínica, puede estar asociada a la terapia de grupo y al atendimiento de familiares. Son flexibilidades en relación a la conducción específica de la clínica de la toxicomanía que convocan al analista a asegurar su encuadre interno construido por la formación, pero también por su relación con el Psicoanálisis. Se entiende que sustentar la transferencia con el Psicoanálisis implica asegurar la ética en la teoría y en la técnica psicoanalítica, es decir, trabajar con el sujeto del Inconsciente, a través de la escucha analítica y en el manejo de la transferencia. No se trata del deseo de cura, y sí, de un deseo de escucha, es decir, deseo de analizar un sujeto del Inconsciente, sustentado por su transferencia con el psicoanálisis.

Segunda proposición: la construcción de la demanda del análisis y la escucha del “contrabando” transferencial

La escucha de la demanda en la clínica de la toxicomanía exige un trabajo previo y que impone desafíos importantes al psicoanalista, pues el síntoma toxicómano es fuente de placer directo, al cual el sujeto parece no querer renunciar. El entrevistado P1 aborda la problemática de la demanda de tratamiento en la clínica de la toxicomanía, destacando la intensidad de la experiencia con la droga: *“si un paciente está en plena etapa de consumo y de una experiencia placentera y fálica con la droga, es muy difícil que demande un análisis o cualquier tratamiento, pero los pacientes que aceptaron alguna intervención ya son pacientes que en algún grado, tienen alguna*

consciencia de la enfermedad. La cuestión es cómo un analista puede armar una demanda con eso, porque el paciente tenga una consciencia de la enfermedad no quiere decir necesariamente que va a demandar un tratamiento”.

El registro intenso de la experiencia con el tóxico inicialmente es un factor que obstruye mucho el campo de la demanda. Para Filho (1999), “el efecto de las drogas provoca la ilusión de que el placer no requiere el pasaje por los significantes, y así, puede ser prolongado y constante” (p.15). Ese momento ilusorio de la experiencia con el tóxico difícilmente permite que se articule una demanda de tratamiento, pues no existe aún un sufrimiento asociado a esa práctica. Al abordar la intensidad de la cuestión del tóxico, la entrevistada P6 destaca la importancia de que la demanda sea realmente construida en esos casos, afirmando que: *“efectivamente son personas que vienen tomadas por una relación con una sustancia y que no siempre tienen la posibilidad de preguntarse por eso... tienen una demanda por ser construida. A veces, i vienen con mucha indisponibilidad para preguntarse por su condición, pero otras veces tienen mucha disponibilidad”.* De este modo, hay un obstáculo que va más allá de la construcción de la demanda de tratamiento en el caso de la toxicomanía, se trata de la necesidad física y psíquica de la droga, la cual impide, muchas veces, que el sujeto se involucre en su sufrimiento.

En la clínica de padecimientos de toxicómanos surgen elementos que se mezclan con el tema del consumo de la sustancia propiamente dicha y que están asociados con la dificultad en la construcción de la demanda. Así, la figura del traficante también se presenta como un catalizador de los investimentos del sujeto en ese contexto. Esa especie de “contrabando” en la transferencia, muchas veces, obstaculiza la construcción de la demanda. El psicoanalista P5 nomina ese aspecto como un desafío importante ípor ser explorado en la escucha analítica: *“el mayor desafío es romper la transferencia con los traficantes, porque un gran punto de dificultad es salir de la posición frente al tráfico, de salir de una posición de esclavo. Yo pienso que ese es un gran desafío... tiene una cosa que sustenta eso, no es solo por el crimen, es por una cuestión transferencial muy fuerte”.* El traficante ofrece exactamente lo que el toxicómano necesita y en ese sentido, él pasa a ser “esclavo” del traficante, como garantía de acceso al tóxico. Esa situación dificulta cualquier otro investimento del sujeto, incidiendo directamente en el campo transferencial y en la posibilidad de la instauración de un proceso de escucha. El toxicómano presenta una particular adhesividad libidinal a los objetos, lo que, muchas veces, lo coloca en una situación de impotencia y principalmente, de esclavitud frente a los objetos. En relación a esa modalidad de investimento del toxicómano, Segú (2010) afirma que se trata, fundamentalmente, de un déficit de la estructura narcisista, en el núcleo del narcisismo más primordial, teniendo como característica determinante un fracaso en la relación con el Otro materno. El autor asocia ese fracaso del investimento libidinal con el Otro a una falla en la operación de la función paterna. En esa línea de pensamiento, Marucco (2013)

afirma que no existe una figura paterna potente que separe al adicto de la figura materna omnipotente que lo parásita. De este modo, según el autor, “el adicto es esclavo por no poder ‘pagar’ por una castración simbólica” (p. 56). En esa búsqueda frenética, el adicto se vuelve esclavo por una exigencia de poder permanente que también lo condena a la necesidad de un objeto que se establece como única fuente de seguridad narcisista (Marucco, 2013). Así, en esa segunda proposición, se plantea la transferencia como una figura del traficante como una forma de “contrabando” de esa relación de fracaso que el sujeto mantuvo con el Otro Materno. Como afirma Marucco (2013), la figura materna parasita el sujeto y por su lado, el traficante parasita en la tela de la repetición del experimentador. En este sentido, la modalidad de investimento en el traficante alude a la fractura narcisista existente en el sujeto toxicómano, que está al servicio de tapar y repetir lo que quedó fracturado en las vivencias con las figuras primordiales.

El tema de la esclavitud del toxicómano a los objetos primordiales gana relevancia también en el diálogo del psicoanalista P2 al destacar que es condición de esclavitud pasa a repetirse compulsivamente en otros investimentos del sujeto, lo que también interfiere en la posibilidad de proceso de la escucha: *“esos sujetos con una estructura tan fallida, se quedan muy solos, en un desamparo feroz y cuando vivencian una situación amenazadora, vuelven rápidamente a la situación de dependencia, a la situación del consumo, a estar otra vez en la casa de la madre (...) es decir, el regreso a la casa de la madre es una constante en hombres y mujeres, la imposibilidad de mantenerse solos fuera de ese circuito es también una tónica más o menos general”*. La fijación y la intensidad del particular investimento que el toxicómano mantiene con el Otro Materno están directamente asociadas a la imposibilidad de conseguir hacer nuevos investimentos, dentro de ellos, en el proceso analítico. En esa perspectiva, Segú (2010) sustenta la necesidad de promover más presencia de la función paterna en el transcurso terapéutico, como condición para impedir la operación del Otro Materno.

Otro aspecto explorado por los entrevistados a partir de sus experiencias clínicas se refiere al contexto social en el cual el toxicómano está inserto. El psicoanalista P4 destaca el escenario social como factor que obstaculiza el proceso de escucha y acaba contribuyendo, aun más, para el investimento que el sujeto mantiene con el tóxico. Sobre esa condición, afirma: *“el mayor desafío es ese del imaginario social sobre el uso de drogas que permea a todos nosotros. El estilo de vida consumista también dificulta más que el usuario no escoja su mercancía de consumo que encaje con ese estilo de vida. Entonces eso también es un problema, es un agravante para pensar en posibilidades de más salud en la perspectiva de la salud colectiva. Pensar en otras fuentes de placer que no estén centradas en el consumo de algún bien”*. Se sabe que el imperativo al consumo existente en la sociedad actual agrava la problemática de la toxicomanía, pues la lógica consumista muestra la promoción de goce, volviendo abundante la oferta de gozo fácil, rápido y disponible al consumo (Oliveira, 2010). El

proceso psicoanalítico se encuentra en el contrasentido de esa propuesta de consumo, pues se ocupa de la dimensión subjetiva y prioriza la dimensión de sentido del acto toxicómano.

Para explorar las situaciones que acaban siendo “contrabandeadas” para el campo transferencial se recorre al discurso de P1 sobre las diferentes prácticas terapéuticas vigentes en el escenario de la toxicomanía. El psicoanalista P1 aborda la relevancia de la experiencia del hablar y no de la desintoxicación en la construcción de la demanda de tratamiento, destacando, también, la implicación del sujeto frente a su problemática con el tóxico: *“en relación a la diferencia entre las clínicas que no piensan psicoanalíticamente el problema de la adicción es la siguiente: cuando un paciente ingresa por primera vez en una institución de internación, el primer impacto es una serie de límites, de órdenes, que el paciente tiene que respetar. Es un choque para el paciente. La primera cosa que ellos dicen es: ‘ni mis padres me pusieron límites, ¿van a venir ustedes a colocármelos?’ Lla persona no formada en psicoanálisis tiene una relación casi especular con el paciente. Comprendí que aquel desafío era una denuncia al padre, entonces, mi respuesta a él era: ‘tal vez por eso usted está aquí’. Es una grande diferencia porque a partir de ahí, el paciente tiene la posibilidad de no hablar de si se drogó, pero sí de hablar de por qué habló de su padre. Una cosa es direccionar un tratamiento hacia una desintoxicación y otra hacia un conocimiento de sí mismo”*. El entrevistado P1 señala así una radical divergencia entre el Psicoanálisis y otras terapias en lo que se refiere al tratamiento de la toxicomanía. El discurso del participante ilustra la propuesta analítica de invitar al sujeto a pensar sobre su condición de vida, y de esta forma, desarrollar una responsabilidad subjetiva frente a su sufrimiento, de su desamparo y de sus elecciones.

Entre los aspectos que se introducen en las problemáticas contrabandeadas para el campo transferencial están los efectos devastadores que ese padecimiento acarrea para la familia de un toxicómano. Por las dramáticas consecuencias de ese padecimiento, comúnmente, la demanda de tratamiento no es formulada por el toxicómano, y sí, primero, por personas próximas que conviven con él. Sobre esa situación, P5 destaca: *“cuando son más extensos los problemas, las pérdidas, pienso que la familia acaba manifestándose. Cuando no los padres, los hijos que acaban teniendo algún tipo de intervención junto a los padres o los padres frente a los hijos para que se pueda hacer alguna cosa”*. El entrevistado destaca, también, el importante aspecto relativo al hecho de la no coincidencia de las demandas entre quien busca y quien es traído al tratamiento: *“En relación a la demanda, yo siento que nunca hay una coincidencia entre la demanda de quien llega para un análisis y de aquellos que son traídos. Entonces, tanto si los hijos traen a sus padres como los padres traen a sus hijos, la demanda nunca es coincidente”*. La particularidad de esa falta de coincidencia de la demanda también ejerce efectos en el proceso de escucha, una vez que la familia presenta una queja con la cual el sujeto que padece no concuerda y no

admite. Luego, en la condición en que el analista se propone a acoger el “pedido” de análisis de aquel que no lo quiere, surgen elementos singulares para la reflexión. Esa condición requiere de un proceso de escucha que permita el surgimiento de lo que está más allá de la experiencia con el tóxico, es decir, de condiciones para el rescate del sujeto que ha sufrido los daños de ese padecimiento. Sujeto aparentemente “ausente” frente a la demanda formulada por la familia.

Se sabe que la búsqueda por el tratamiento también puede surgir cuando hay un fracaso en una función del tóxico en la vida psíquica del sujeto, es decir, cuando los efectos placenteros no son más alcanzados y el tóxico comienza a traer perjuicios para el sujeto que puede recurrir a la búsqueda de ayuda. En esta dirección, el entrevistado P1 destaca que es precisamente, en ese momento que el sujeto puede demandar un tratamiento: *“ellos tienen una relación de búsqueda de poder, de placer, pero con el tiempo la droga termina siendo un objeto de mucha frustración y es en ese tiempo, en ese punto, que el adicto puede demandar un tratamiento, no antes”*. El momento de la búsqueda de ayuda terapéutica es para el sujeto, conforme Conte (2003), un desfallecimiento del montaje en el cual el toxicómano se perdía para conservarse. Se percibe, en ese momento, que el tóxico se va desplazando de la posición ideal, lo que posibilita al sujeto cierta crítica sobre su padecimiento. Luego, será necesario favorecer ese encuentro entre el montaje toxicomaniaco y el dispositivo de cura del Psicoanálisis, creando un campo en el cual el Psicoanálisis podrá actuar.

Considerando la complejidad del padecimiento, los entrevistados indican una dirección que posibilite que el toxicómano reconozca su padecimiento, y consecuentemente, demande un análisis. En este sentido, los entrevistados pasan a afrontar los cambios técnicos en el trabajo de escucha de la toxicomanía. El psicoanalista P3 propone la interrogación como herramienta técnica fundamental para involucrar al sujeto en su sufrimiento: *“el sujeto puede tener un síntoma analítico sin reconocer que sufre... y sobre todo, si no hay ninguna respuesta, ninguna solución rápida. Entonces, es en ese vacío, en esa fisura que tiene que entrar y ese es el modo de trabajo, siempre interrogar y llevar las cosas en dirección a ese punto.Cuál es el desencadenante y como se pone eso en juego”*. La interrogación acerca de la función del tóxico en la economía psíquica de cada uno lleva a propiciar la responsabilidad del sujeto por su gozo. Se trata de abandonar la posición de víctima de las circunstancias del consumo y comenzar a preguntarse sobre su implicación en el propio sufrimiento. En esa línea de raciocinio, el entrevistado P1 muestra que la interrogación debe provocar una curiosidad psíquica en el sujeto con el objetivo de promover una *rectificación subjetiva*: *“Con pacientes graves es importante intentar generar una curiosidad psíquica. Muchas veces eso solo exige por parte del analista hacer una descripción de las situaciones... no es siempre una cuestión de interpretar simbólicamente, algunas veces es de preguntar, pero no se trata de una pregunta cualquierasino de una pregunta psicoanalítica, para hacer una expansión, un aumento de la consciencia”*. La

pregunta psicoanalítica puede introducir un cambio subjetivo en relación al propio padecimiento. En el trabajo analítico, la rectificación subjetiva solamente sucede cuando el sujeto reconoce la posibilidad y condescendencia en relación al desorden del cual se queja. Esa operación es fundamental en la construcción de las demandas de tratamiento y coloca en escena el tema del rescate de la posición subjetiva en el escenario de la toxicomanía y la especial implicación del analista en ese trabajo.

Tercera proposición: El potencial de reducción de los daños hacia la escucha de la otra escena

En relación a la comprensión psicoanalítica de la toxicomanía es necesario tener presente que el objeto tóxico cumple una función vital debido al establecimiento de una relación de exclusividad en los investimentos del sujeto (Le Poulichet, 2005). Es esa disposición que conduce al sujeto a la compulsión por el tóxico, característica del funcionamiento psíquico del toxicómano. Así, el mayor daño al sujeto provocado por la toxicomanía es la instauración de una condición de esclavitud al tóxico y un sometimiento. La reivindicación de la singularidad y de los aspectos subjetivos es función del Psicoanálisis, pues su propuesta de tratamiento consiste en la atención a la reducción de ese daño principal, el sometimiento al tóxico. No se trata, por lo tanto, de priorizar el tóxico o de imponer las condiciones de abstinencia al sujeto, como es el caso de muchas orientaciones terapéuticas que preconizan una única y exclusiva abstinencia total. La propuesta psicoanalítica frente a la toxicomanía se aproxima a las ideas de la política de Reducción de Daños (Pinheiro, 2006), pues ambas son contrarias a la exclusión de la subjetividad en el tratamiento terapéutico.

La reducción de los daños se presenta como una estrategia terapéutica en la salud pública, conforme Conte (2004), que indaga los consensos establecidos de antemano en relación al usuario y a las drogas, pues reconoce las diferentes relaciones del uso de drogas y busca escuchar a quien permanece envuelto con las drogas, proponiendo un diálogo con otras instancias. En este sentido, la estrategia de reducción de daños acepta la alternativa de que reduzca los daños considerando el hecho de que cualquier paso en dirección opuesta a la adicción al tóxico es un paso favorable. Se percibe que por medio de esa propuesta terapéutica de la Estrategia de Reducción de Daños, es posible direccionar la mirada hacia la subjetividad del usuario. Se trata de un recurso valioso que contribuye para la mirada que el Psicoanálisis lanza sobre la subjetividad en esas condiciones de padecimiento psíquico. Según Pinheiro (2006), el Psicoanálisis actúa de acuerdo con esa lógica de reducción de daños, intentando también responsabilizar al sujeto por el hecho de drogarse, buscando la rectificación subjetiva de la relación que mantiene con la sustancia. A pesar de que los dos abordajes presentaron diferentes epistemologías teóricas, esa divergencia no impide posibles articulaciones entre la Reducción de Daños y el Psicoanálisis.

En el campo de la toxicomanía, la diferente herramienta técnica que el Psicoanálisis ofrece es la escucha dirigida al sujeto del Inconsciente. En este sentido, la entrevistada P4 afirma que en su práctica clínica constata que la escucha analítica ofrece un método efectivo de acceso al sujeto y al lugar que el tóxico ocupa en la economía psíquica en la toxicomanía: *“el Psicoanálisis entra en la escucha analítica, entra en la posibilidad de que cada paciente active la cuestión del deseo, intente localizar cuál es la función de la droga y cree con cada uno un plan terapéutico singular, un plan que amplíe las posibilidades de acceso al placer, ese repertorio de relación con el otro, que eso se diversifique”*.

Al reflexionar sobre la escucha analítica en la toxicomanía, Filho (1999) afirma que esta no es tarea fácil para el psicoanalista cuando se dirige al sujeto en cuestión, el toxicómano. Sin embargo, el autor considera que el analista debe buscar, además de las intervenciones voluntarias, yoicas y narcisistas del enunciado, si hay una verdad dicha sin el debido reconocimiento. De este modo, renuncia a limitarse a la escucha del sentido de lo enunciado y producen interrogaciones al sujeto sobre su sufrimiento, con el fin de introducir la división subjetiva. Las narraciones de los toxicómanos, generalmente, son marcadas por las aventuras y acontecimientos ocurridos con la droga. Al escuchar esas palabras, aparentemente vacías de sentido, el analista intenta viabilizar que el objeto-tóxico sea, lentamente, substituido por la palabra.

Al retomar su aprendizaje en la clínica de la toxicomanía el psicoanalista P3 dice que utiliza el recurso del humor como una manera de “desarmar el argumento” de la narración del toxicómano: *“el humor también ayuda. Recuerdo un paciente que decía: ‘yo consumo porque el cuerpo me lo pide’. Entonces comencé a hacer chistes: ¿cómo te dice tu cuerpo? ‘dame, dame alcohol!’”, con una explosión de risas. El quedó totalmente desarmado... y eso permite que tenga que hablar de otra cosa*”. El analista busca, al desarmar el argumento del toxicómano, producir un saber simbólico que pueda dar nuevos rumbos a la satisfacción.

La escucha analítica introduce otra lógica de pensar sobre la problemática de la toxicomanía. El participante P3 aborda la importancia de que el analista interroge el sujeto y vaya más allá del discurso manifiesto como fundamental potencial en el rescate de su subjetividad: *“cuando alguien comienza a interrogar la historia del paciente, él se conmueve porque esa historia no cierra, no alcanza una explicación única y entonces, él supone cierto saber en el analista. Es decir, he encontrado pacientes con tanto recorrido institucional que puede engañar, mentir... lo que deja a uno en una posición pasiva, en una posición de no ejercer ninguna acción, ningún acto que lo aproxime a cierto deseo”*. Según Conte (2003), para facilitar la transferencia es fundamental traducir el escenario de la compulsión por el tóxico en una fuente enigmática de sufrimiento. Según la autora, ese giro posiciona al sujeto en un nuevo lugar en relación con su palabra. Ese cambio en relación a la propia palabra puede viabilizar el desplazamiento del analista de un lugar imaginario a un lugar simbólico.

La problemática del consumo y el discurso sobre las peripecias con el tóxico enmascararon lo que debe ser la verdadera cuestión del sujeto en relación a su padecimiento. Es impredecible, por lo tanto, que el trabajo sea dirigido al *sujeto*, y no, al toxicómano. La escucha analítica busca un rescate de la posición subjetiva, es decir, un rescate de un lugar simbólico para el sujeto que padece en la toxicomanía. Por lo tanto, se considera, en esta proposición, que es la escucha de la otra escena y no de los argumentos manifiestos, el verdadero potencial que lleva a la reducción de los daños provocados en esa condición de sometimiento. En esta línea de razonamiento, el psicoanalista P1 afirma: *“un paciente va mejorando y gradualmente va reduciendo el daño solo, como efecto del tratamiento. Él en su cabeza va cambiando algo, en el sentido de una transformación de las cosas, las cosas van a cambiar. Por ejemplo, si es un paciente que tiene una adicción intravenosa, con inyección, y compartía la jeringa, probablemente, comience por no compartir ya la jeringa”*. Se constata que la concepción de mejoría de un sujeto, según la narrativa del participante P1, está relacionada a la posibilidad de la reducción del daño que compone su condición de sujeto. En esta perspectiva, el daño es singular. No obstante, cabe considerar que el daño se desdobra en otras expresiones, tales como un rechazo a la necesaria internación, o la imposibilidad de conseguir tener una abstinencia mayor, o la posibilidad de tomar una posición subjetiva en relación al acto de consumir. El psicoanalista P5 destaca que el tratamiento es un camino posible para construir una posición subjetiva en relación al propio consumo: *“es interesante en un tratamiento, un análisis, poder llegar al momento en que el sujeto tenga una decisión en cuanto al consumo. Tomar una posición frente a eso. Pienso que es resultado de una posición, de la construcción de una posición subjetiva que crea condiciones para que la persona pueda decir ‘no quiero más’”*. Esa posición subjetiva en cuanto al acto de consumir es entendida como una forma de reconocimiento y responsabilidad del sujeto hacia su sufrimiento.

El psicoanalista P2 ilustra el importante rescate de la posición del sujeto frente al tóxico: *“cuando entran no se nominan, dicen ‘yo comencé a consumir cuando tenía quince años’... entonces digo: ‘hábleme de su vida’. Y es el consumo, y por culpa del consumo perdió la mujer, los hijos, etc. Este hombre no se nomina. Seis meses después, comienza a aparecer. Sí él comienza a aparecer, comienza a ser dueño de su malestar, comienza a apropiarse y si yo soy dueño y me apropio de mi malestar, también puedo hacer algo con eso”*. Se constata, así, que el rescate del sujeto es la condición de libertarlo del mayor daño de ese padecimiento, es decir, de la función totalizante del tóxico que lo esclaviza y lo sujeta, y es a través de la palabra que se construye un camino posible para que el sujeto enfrente esa problemática.

Los psicoanalistas entrevistados priorizan un trabajo clínico, en el cual la palabra es convocada a trabajar, buscado escuchar el sujeto del Inconsciente y acogiendo los efectos que la palabra, o su ausencia, produce en el sujeto. Dentro de los cambios generados en la escucha de la toxicomanía, los entrevistados hablan de una descen-

tralización del objeto toxico. , . Se da una convocatoria al analista a soportar las frecuentes recaídas del sujeto y las modalidades singulares del recorrido del sujeto por la drogas. Es evidente la constatación de los participantes de la investigación de que ésta es una clínica ardua y muy frecuente, asociada al fracaso, en el cual la condición para soportarlo es puesta a prueba constantemente. Sin embargo, destacaron la relevancia de la *experiencia de la narración* y no de la *desintoxicación* en la construcción de la demanda del tratamiento. Todos enfatizan el trabajo analítico orientado *más allá de la relación con el tóxico*, a partir de las herramientas técnicas potenciales que el Psicoanálisis puede ofrecer en la dirección a la cura de la toxicomanía. Se trata de *interrogar e ir más allá de la historia del sujeto con el tóxico*. Los participantes no dejan de enfrentar las dificultades en la construcción de una posible demanda de tratamiento, pero sí se ocupan en transformarlas en posibilidades fructíferas de trabajo clínico. El trabajo con la clínica de la toxicomanía convoca al analista a efectuar cambios no solamente en relación a la técnica psicoanalítica, sino principalmente, en relación a su capacidad de acoger las dificultades de la clínica y crear nuevas formas de intervención terapéutica. El considerar las reflexiones, los desafíos y los cambios referidos por los psicoanalistas entrevistados permitieron reafirmar la relevante contribución del psicoanálisis al campo de la toxicomanía.

Referências

- Conte, M. (2003). *A clínica psicanalítica com toxicômanos: O “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Conte, M. (2004). Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 26, 23-33.
- Erickson, F. (1997). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En: M. Wittrock (Org.), *La investigación de la enseñanza* (pp. 195-301). Barcelona: Paidós.
- Filho, N. D. M. (1999). *Toxicomanias*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. En: J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109-122). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1912)
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. São Paulo: SBPSP; Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1988). Os quatro conceitos da psicanálise. En J. Lacan (Orgs.), *O seminário* (Livro 11). Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor. (Obra originalmente publicada em 1964)

Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanía y Psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Marucco, R. (2013). Aporte a la Metapsicología, *Revista de Psicanálise*, 1(2), 51-58.

Oliveira, L. A. (2010). Toxicomania e Gozo. *Psicologia e Revista*, 19 (2), 239-261.

Pinheiro, R. (2006). Redução de Danos e psicanálise aplicadas à toxicomania. En: O. Cirino, & R. Medeiros (Orgs.), *Álcool e outras drogas: escolhas* (25-31). Belo Horizonte: Autentica.

Segú, O. G. (2010). *Las adicciones: una propuesta de abordaje clínico*. Buenos Aires: Letra viva.

Segú, O. G. (2013). *Adicciones y psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra viva.

Torossian, S. D. (2004). De qual cura falamos? Relendo conceitos. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (26), 9-15.

Fecha de recepción: 30/03/16

Fecha de aceptación: 10/05/16