

CLÍNICA DE LAS TOXICOMANÍAS II. DIFERENTES ABORDAJES DE TRATAMIENTO

CLINICAL APPROACHES TO DRUG ADDICTION II. DIFERENT TREATMENT APPROACHES

*Bousoño, Nicolás; Mazzoni, Yanina; Naparstek, Fabián*¹

RESUMEN

Abordar el sufrimiento psicoanalíticamente implica responder una pregunta práctica ¿Cómo, vía la dialéctica con el Otro, hacer de lo tóxico del síntoma un punto de singularidad con el cuál el paciente pueda arreglárselas?

Cuando esa consulta la plantea alguien que consume drogas esa toxicidad encontró eco en objetos del mundo, lo que proporciona problemas particulares para encontrar la respuesta.

Esa complejidad hace que muchas veces se apele a distintos abordajes de tratamiento, en los que el analista puede a veces dirigir el tratamiento y otras, como “objeto nómada”, encontrar un lugar para intervenir.

Esos distintos abordajes pueden servir como momento en esa dialéctica orientada a la producción de ese punto de singularidad.

Nos proponemos retomar los desarrollos de un trabajo anterior, realizando una crítica para cada abordaje para facilitar la consideración del lugar que un analista podría tener allí y destacar el valor del discurso analítico en la orientación de las curas.

Palabras clave:

Toxicomanías, Alcoholismo, Psicoanálisis, Dirección de la cura, Tratamientos.

ABSTRACT

Approaching suffering psychoanalytically implies answering a practical question: How to make - using the dialectic with the Other - the toxicity of the symptom a point of singularity with which the patient can cope?

When this question is posed by someone who consumes drugs, this toxicity is echoed in objects of the world, which provides particular problems to find the answer.

This complexity often leads to the use of different treatment approaches, in which the analyst can sometimes direct the treatment and sometimes, as a “nomadic object”, find a place to intervene.

These different approaches may serve as a moment in the dialectic oriented to the production of that point of singularity. We propose to take up again the developments of a previous work, making a critique for each approach in order to facilitate the consideration of the place that an analyst could have there and to highlight the value of the analytic discourse in the orientation of the cures.

Keywords:

Drug Addictions, Alcoholism, Psychoanalysis, Direction of the cure, Treatments.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones. Email: fabianparstek@hotmail.com

Introducción

Abordar el sufrimiento humano desde el psicoanálisis implica una pregunta que se sostiene, en términos prácticos, cada vez que recibimos la consulta de un paciente: “¿Cómo, vía la dialéctica con el Otro, hacer de lo tóxico del síntoma que domina al sujeto un punto de singularidad con el cuál pueda arreglárselas?” (Naparstek, F., Mazzoni, Y. Bousoño, N. 2021, 204)

Cuando esa consulta la plantea alguien que se presenta como drogadicto o alcohólico esa toxicidad ha encontrado un eco en objetos del mundo, lo que proporciona matices clínicos y problemas particulares para encontrar la buena respuesta a la pregunta.

Los desarrollos de J.-A. Miller, ubicando que los efectos psicoanalíticos no dependen del encuadre, sino de del discurso - de la instalación de coordenadas simbólicas por parte del analista, cuya cualidad de analista no depende del lugar donde se realiza su práctica ni de la naturaleza de sus pacientes, sino de su compromiso con el discurso analítico – nos sirven de apoyo para encontrar los mejores medios para responder a esos problemas particulares.

La complejidad de dichas consultas hace que muchas veces se apele a distintos abordajes de tratamiento, con distintos enfoques terapéuticos, en los que el analista puede a veces dirigir el tratamiento y otras veces, como “objeto nómada” (Miller, 2008, 6) encontrar un lugar e intervenir.

No es raro que consulten pacientes que pueden requerir una desintoxicación o pacientes que asisten a Narcóticos Anónimos y a la vez acuden al analista para decir lo que allí no se puede decir. En algunos casos, la vigilancia como método puede tener un importante valor sugestivo para frenar una deriva de consumo mortal.

El valor práctico de esos abordajes puede comprobarse en muchos casos, los ejemplos pueden multiplicarse inclusive combinando diferentes tratamientos en simultaneidad, aunque para nuestra orientación es importante poder identificar las razones por las que un tratamiento en un momento preciso de un sujeto podría tener un efecto determinado. Esos distintos enfoques de tratamiento pueden ser medios, pueden servir como momento en esa dialéctica orientada a la producción de ese punto de singularidad con el que el sujeto debiera arreglárselas.

Eric Laurent (2008, 15) los ha ordenado en cuatro categorías, tomando los elementos con los que J. Lacan combina para componer los cuatro discursos, es decir, el objeto, el saber el significante amo y el sujeto. Este establecimiento permite ordenar el campo y destacar las características de cada abordaje; nos proponemos aquí retomar los desarrollos que realizamos en un trabajo anterior (Bousoño, N., Mazzoni, Y., Naparstek, F. 2022, 50), realizando una crítica para cada uno de ellos, con el fin de facilitar la consideración del lugar que un analista podría tener en cada uno y destacar el valor del discurso analítico en la orientación de las curas.

Desarrollo

Es importante resaltar que existe al interior de la propuesta de cada una de esas categorías de tratamiento un horizonte ético que debe ser explicitado y desarrollado. La distinción de J. Lacan entre política, estrategia y táctica en la dirección de la cura es fundamental para no extraviarse en el campo de las terapéuticas.

Es decir, que si bien en un momento dado dos orientaciones de trabajo pueden compartir cierta táctica o estrategia, no pueden ser consideradas iguales si su ética es diferente. La orientación ética del psicoanálisis está implícita en la pregunta que destacábamos inicialmente, en la que la singularidad del invento subjetivo orienta la práctica. Lo que implica que si bien un analista puede ocupar un lugar en distintos dispositivos su trabajo apuntará a ir más allá de consideraciones universales sobre los sujetos para indicar un sentido Otro en el parloteo, donde se puedan ubicar las marcas del sujeto para colaborar con que haga con ellas otra cosa.

Muchos tratamientos se ubican en las categorías que señala Laurent, no siendo capaces de dar cuenta de las razones por las que producen efectos sobre algunos sujetos y no sobre otros (más allá de decir que hay individuos “no agrupables” o “reincidentes”, etc.) Un psicoanalista no sólo puede aportar conocimientos lógicos y estructurales capaces de explicar los efectos obtenidos, sino además intentar producir el lugar para esa singularidad en los mismos dispositivos de trabajo ya que muchos de estos abordajes no piensan en esa dimensión subjetiva y ni en diferencias psicopatológicas. Alfredo Zenoni señala que en muchas las instituciones “todo sucede como si fuera de suyo que sólo nos encontramos con una especie de sujeto psiquiátrico medio o generalizado, ni psicótico, ni neurótico, ni perverso, una especie de inválido en grados diversos” (Zenoni, A. 2009, 45)

En lo que sigue nos detendremos en cada modalidad de tratamiento siguiendo el ordenamiento propuesto por E. Laurent.

Tratamiento por el objeto:

Hay un tratamiento posible de las toxicomanías y el alcoholismo que se centra en el objeto. Con eso se refiere a los tratamientos de sustitución.

Estos se pusieron de moda a partir del desarrollo de ciertos medicamentos a base de opiáceos, como la Metadona, el Subutex o la Naltrexona, pero tienen una larga trayectoria en el campo de los tratamientos por drogodependencia.

En efecto, cuando en 1898 se descubrió la heroína como un derivado sintético de morfina, se la consideró como su sustituto posible para paliar el ya importante problema de los morfinómanos.

El nombre heroína se lo da el laboratorio *Bayer*, y tras la Primera Guerra Mundial se podía obtener de forma legal (Rudgley, R. 1999, 158). No fue hasta 1924 que se prohibió por primera vez. Efectivamente, los llamados morfinómanos lograban dejar la morfina, pero se convertían en heroínómanos (Guilaña, E. 1996, 24).

El momento crucial para el inicio de este tipo de tratamientos se sitúa cuando se define el fenómeno de la abstinencia

cia. Hasta ese momento la concepción del problema se centraba en la buena o mala fe de quien consumía morfina, es decir que concernía al sujeto saber si el consumo le iba a traer problemas colaterales o no.

La consideración de la abstinencia como un signo clínico comienza cuando se describe por primera vez la "necesidad artificial" del consumo de ciertas sustancias, lo que hace ingresar al consumo de drogas por primera vez en el campo médico como tal, el campo de lo que es considerado como puramente científico. "En esencia, nunca habrían pensado que la causa de un hábito farmacológico pudiera encontrarse en el malestar material que produce el cese de su uso... Fue una novedad en la historia de la medicina pensar que el hábito debía ser considerado en función del síndrome de abstinencia, y que cualquier cosa era mejor que sufrir por su aparición." (Escohotado, A. 1998, tomo 2, 176).

El descubrimiento del síndrome de abstinencia - que marca la entrada de la ciencia en el campo de las toxicomanías - y el posterior descubrimiento (1973) de los receptores opiáceos activados en su función agonista y bloqueados en su función antagonista, constituyen el marco de la técnica terapéutica denominada como de «mantenimiento». Esto marca el ingreso del problema de la adicción a las drogas al dominio de las neurociencias.

La idea del tratamiento denominado «mantenimiento con metadona» surgió en 1964-65 a partir de un estudio realizado por Vincent Dole y Mary Nyswander (1965). Esta práctica fue concebida como un tratamiento posible para lograr la abstinencia total del consumo de heroína. Al no conseguirse ese objetivo y ante la necesidad de tratar a los pacientes con consumo crónico, se pensó que sería mejor «mantener» un consumo regulado, controlado, que permitiera la reinserción social.

"La metadona, pasado cierto tiempo, se convierte en un producto poco euforizante, neutro, que no conlleva una modificación del estado de atención. La cinética del producto, más allá de un pico al cabo de unas horas, es suficientemente lineal como para no provocar un cambio drástico en el estado de conciencia." (Valleur, M. y Matysiak, J.-C. 2008, 336). Dichos tratamientos fueron recibidos como "éxitos espectaculares, particularmente en materia de delincuencia y reinserción social, lo que hizo que fueran considerados durante algún tiempo como una panacea, y que aún hoy se propugnen, aunque con más matices." (Valleur, M. y Matysiak, J.-C. 2008, 337).

Varios autores señalan que el momento en que esta terapéutica se hace verdaderamente masiva es cuando se toma nota de la propagación del SIDA por el contagio en la utilización de las jeringas. En efecto, Claude Olievenstein lo plantea de esta manera: "Aunque los productos de sustitución han sido conocidos y utilizados con anterioridad, es la propagación del SIDA lo que ha provocado su amplísima distribución... hacia finales de los años '80." (Olievenstein, C. 2000, 103).

Cabe recordar que este tipo de orientación terapéutica viene de la mano de las denominadas políticas de "reducción de daños". En el marco de estas políticas, el objetivo deseado es reducir todos los males sociales colaterales

propios de la práctica de los toxicómanos, como la delincuencia, el narcotráfico, la transmisión de enfermedades por jeringas, etc.

Es importante resaltar que bajo la acción de este tipo de políticas no se ha reducido la toxicomanía; más bien, se ha demostrado que existen grandes dificultades para controlarla. Ante esta constatación, se proponen políticas para que el mal sea lo menos dañino posible. Según Eric Laurent, se trata de reinscribir al sujeto en el Otro social con una droga legal, con un tratamiento que le otorga derechos, etc.

La práctica es concebida en términos científicos y surge de la necesidad biológica de superar el síndrome de abstinencia, pero ese modelo se ha extendido enormemente ya que hoy en día se propone como modalidad de abordaje de elección en múltiples problemáticas de consumo, ya sea el alcoholismo, el tabaquismo, la obesidad, etc.

Suele reconocerse que debe ir acompañada de "terapias psicológicas", y aunque estas -la mayoría de las veces- se limiten al control de la abstinencia y al control de las recaídas. (Guilaña, E. 1995, pág.15), en esos espacios un analista puede encontrar la ocasión de su intervención. Más allá de los procedimientos puramente médicos, aunque incluso a veces en ellos también, puede encontrar la oportunidad de hacer resonar otra cosa e interesar al sujeto en su inconsciente.

No podemos ignorar, en este punto, que el origen mismo del psicoanálisis está estrechamente ligado a las consecuencias del fracaso de un tratamiento por sustitución propuesto por Freud¹

Tratamiento por el saber

En segundo término, existe el abordaje del consumo de sustancias por el saber. Allí, se trata de explicar al adicto los efectos y consecuencias de su conducta. Hacerle entender que tiene un "goce desordenado" (Laurent, E. 2008, 15) que debe canalizar. "Se trata de aprender a mantener la abstinencia o limitar el consumo de alcohol. Este aprendizaje se basa principalmente en la información sobre el grado alcohólico de las distintas bebidas alcohólicas, los mecanismos que subyacen al desarrollo de los fenómenos de tolerancia y dependencia, y las complicaciones somáticas, psíquicas y sociales del abuso del alcohol (Ades, J. y Ljoyeux, M. 2003, 194).

Este tipo de abordaje se usa ampliamente en el contexto de ciertos dispositivos más amplios, donde los mismos drogadictos o alcohólicos comparten sus experiencias con otros. La figura del ex-drogodependiente o del ex-alcohólico que le cuenta a un novato su pasado patológico y su recorrido terapéutico es muy utilizada en diversas clínicas comunitarias y grupos de autoayuda. El líder de estos grupos "no hace el papel de líder o de padre autoritario, es uno de ellos que ya ha estado ahí" (Vetrano, S. 2003, pág. 202)

La noción de "comunidad terapéutica" se estableció hacia el final de la Segunda Guerra Mundial en Inglaterra. "Fue en 1946 cuando se utilizó por primera vez el término..." (Llum, P. S. 1996, pág. 31) y fue Maxwell Jones quien lo

¹Ver lo que se conoce como "el episodio de la cocaína" (Byck, R. 1974, 195).

utilizó como método de rehabilitación.

Es importante subrayar que estos grupos de autoayuda inicialmente no aceptaban la participación de personal profesional. Posteriormente, el movimiento se fue desarrollando y profesionalizando, aunque manteniendo un papel preponderante para la figura del ex adicto. Así, la idea inicial no es la de un maestro que se impone, sino la de un saber que se transmite. Es necesario hacer de manera tal que estos pacientes difíciles “no rechacen la orden como si fuera una imposición” o “cuidar que el cambio no sea fruto del miedo o del deseo de agradar” (Vetrano, S. 2003, pág. 202).

Subyace aquí la hipótesis de que la experiencia de un igual relatada como conocimiento ya elaborado, una vez que ha podido salir de su enfermedad, puede curar a un semejante. Por este lado, se parte de la idea de que un toxicómano padece el mismo sufrimiento que otro toxicómano y que un alcohólico está en las mismas condiciones que otro alcohólico. Sin embargo, la clínica muestra cada vez más claramente las profundas diferencias que hay entre un toxicómano y otro toxicómano.

Hay diferencias tanto en el caso de quienes comparten un mismo patrón de consumo –que usan la misma droga y de la misma manera– como en el caso de quienes usan drogas impensadas y diferentes. Es más, no se trata sólo de la idea de la igualdad de manifestaciones ante un supuesto mismo problema, sino también de que el hecho de transmitir este saber podría tener un efecto sobre quien padece lo mismo y no posee ese saber.

En ciertos casos también se utilizan técnicas comportamentales cuando se trata del saber de las conductas. Según el Dr. Claude Uehlinger “los individuos aprenden a utilizar conductas que les permitan afrontar las exigencias de la vida cotidiana sin recurrir a elusiones como el consumo de alcohol o drogas” (Uehlinger, C. 1996, pág 7).

En estos abordajes, son cada vez más frecuentes también los espacios individuales de trabajo terapéutico. Al tratarse de un abordaje por medio del saber, un analista podría encontrar facilitada la posibilidad de hacer escuchar al sujeto un saber no sabido y, como planteábamos más arriba, interesarlo en su inconsciente.

Tratamiento por el amo

Podemos considerar, en tercer lugar, los tratamientos por la vía del significante amo. Aquí es donde se inscriben por excelencia Narcóticos Anónimos y tratamientos similares. Estos están dirigidos a la conducta con sus doce pasos o tradiciones, donde la vigilancia es el método propuesto para guardar las tradiciones. El texto de la tradición número dos dice: “En la búsqueda de nuestro propósito común, solo hay una autoridad última: un Dios de amor tal como Él se manifieste en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes son sólo servidores en quienes hemos puesto nuestra confianza; no gobiernan” (Narcóticos anónimos, Doce tradiciones, disponible en: https://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/misc/Twelve%20Traditions.pdf). En efecto, todo el andamiaje terapéutico se basa en “el reverso del tratamiento por parte del sujeto” (Laurent, E. 2008, 15).

En estos tratamientos se apunta a la identificación ideal y el horizonte es el de convertirse en un ex adicto como los demás, bajo el amor de un dios que regula el grupo.

Algunos autores los denominan “tratamientos de conversión”. Esta fórmula fue creada por P. De Félice en el año 1936 y poco tiempo después la creación de los norteamericanos William Wilson y el doctor Robert Smith (Valleur, M. y Matysiak, J.-C. 2008, 325) la toma para el movimiento de Alcohólicos Anónimos. Hablar de conversión implica la sustitución del consumo por la religión. “Este estilo de abordaje, basado en una forma de conversión religiosa y un camino de redención moral, es la respuesta a comportamientos que, durante siglos, han sido sacrilegio y falta moral, más que enfermedad” (Valleur, M. y Matysiak, J.-C. 2008, 326).

En este sentido la originalidad de Alcohólicos Anónimos ha sido que no han quedado ligados a una religión en particular, lo que les ha permitido el acceso a diferentes grupos de personas sin importar su extracción religiosa. A su vez, su forma de compartir reflota la fórmula cristiana de la confesión, pero en este caso de manera pública. Gregory Bateson ha denominado a este tipo de terapias como religión privada.

Por otro lado, este tipo de enfoque parte de un principio central en la discusión de esta patología. El sujeto debe admitir que está enfermo, que sufre una enfermedad para toda la vida y que es impotente frente a ella.

Esto tiene dos consecuencias inmediatas muy bien subrayadas por Valleur y Matysiak. En primer lugar, admitir que se trata de una enfermedad como la diabetes sobre la cual no hay cura total y hay que mantener alerta toda la vida; lo que finalmente exonera al sujeto frente a su responsabilidad. En segundo lugar aquí no interesa la causa. El sujeto debe aceptar que está enfermo y creer que se puede cambiar.

En este tipo de tratamientos no se acepta la sustitución de fármacos ya que sería una manera de seguir manteniendo la enfermedad. Nos parece importante resaltar que esta oposición con las terapias de sustitución de largo plazo tiene cierta razón en que en este caso también hay una lógica de sustitución, pero no de un objeto por otro, sino del objeto por el ideal.

Si bien, por la estructura misma de los dispositivos de Alcohólicos o Narcóticos anónimos, no es posible la participación de profesionales, no es raro que en los grupos exista cierto registro de los límites del dispositivo como tal y se sugiera a los integrantes consultas individuales por los temas que puedan presentarse en las reuniones que exceden el trabajo que allí se pueda realizar.

Tratamiento por el sujeto

Finalmente, en la serie de las categorías propuestas por E. Laurent, tenemos el tratamiento por el sujeto.

Se trata aquí de considerar la experiencia humana más cotidiana, que enseña que hay un entramado subjetivo en el que las sustancias adquieren una función – a veces de alivio, a veces de estimulación – que puede volverse mortífera para quien depende de ellas.

El psicoanálisis se inscribe allí apostando a –vía la elabora-

ción en transferencia – dar un lugar al sujeto en su singularidad como medio de hacer frente a formas de satisfacción masificadas, que muchas veces privan al individuo de la posibilidad de una respuesta subjetiva.

El tratamiento implica un intento de lograr una economía pulsional nueva, una relación entre las exigencias pulsionales y sus posibilidades de tramitación menos mortificante. Para eso, utiliza las palabras de una manera particular, haciéndolas resonar de una manera no burocrática; más allá de que su práctica sea llevada adelante en una consulta privada o en instituciones.

Conclusión

Vale la pena destacar en este punto que en el camino de colaborar con el sujeto para que, vía la dialéctica con el Otro, pueda hacer de lo tóxico del síntoma que lo domina, un punto de singularidad con el cuál pueda arreglárselas, un psicoanalista puede hacer uso de las diferentes formas aquí descriptas como grandes modos terapéuticos en ciertas circunstancias subjetivas y transferenciales.

Como lo destacamos al inicio es necesario distinguir la política, la estrategia y la táctica en la dirección del tratamiento. En este sentido J.-A. Miller distingue dos grandes grupos psi, aquellos que toman en cuenta la transferencia y el sujeto y aquellos que no lo hacen. En esta división estamos dentro del campo de la política clínica o de la ética clínica. Esta misma política hace que dentro de la orientación lacaniana podamos pensar alternativas de estrategias y tácticas adecuadas para cada sujeto. En ese sentido el caso por caso determina la estrategia transferencial a tomar, lo cual permite a veces asumir estratégicamente en la transferencia cierta posición de amo, o de saber, cuando la condición subjetiva lo amerita. Sin embargo eso es bien diferente a tomar la política del amo conductual o del saber el buen o mal uso de las drogas.

Pensar desde la perspectiva de la orientación lacaniana implica también hacer un diagnóstico de los recursos subjetivos, y de la función que cumple el consumo para cada quien.

La perspectiva de la orientación por el sujeto no parte de la idea de que la droga es perjudicial, sino que cumple una función en determinada coyuntura subjetiva y que antes de intervenir es imprescindible tener la prudencia de evaluarla para no hacer más daño con la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Ades, J. y Ljoyeux, M. (2003). *Alcoholismo y psiquiatría*, Ed. Masson, París.
- Bateson, G. (1980). "La cibernética del yo, ¿una teoría del alcoholismo?" en *Por una ecología del espíritu*, París, Seuil, tomo II.
- Bousoño, N., Mazzoni, Y., Naparstek, F. (2022). Diferentes abordajes en el tratamiento de las toxicomanías y el alcoholismo, en *MEMORIAS XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Tomo Abordajes Psicosociales, pág. 50.

- Byck, R. (1974). *Cocaine papers*, Meridian, New York, U.S.A.
- Dole, V.P., Nyswander, M. (1965). "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction", *Journ. Am. Med. Ass.*, 1965, 193.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*, Ed. Alianza, Madrid.
- Guilaña, E. (1995). "Algunas cuestiones sobre los programas de metadona y la posible incidencia de una clínica de la palabra", in *Pharmakon 3*, Instituto del Campo Freudiano, TyA, Ed. Amata, Buenos Aires, Argentina.
- Guilaña, E. (1996). "Diversos abordajes terapéuticos de las toxicomanías en España", en *El malestar en la adicción*, Ediciones Eolia, Sitges, España.
- Laurent, E. (2008). "Apuestas del congreso 2008: el objeto a como pivote de la experiencia analítica", in *Lo inclasificable de las toxicomanías*, Ed Grama, Serie TyA, Buenos Aires, Argentina.
- Llum, P.S. (1996). "Demandas de tratamientos y respuestas institucionales: Las comunidades terapéuticas", en *El malestar en la adicción*, Ediciones Eolia, Sitges, España.
- Miller, J.-A. (2008). "Hacia pipol 4" en *El caldero de la Escuela nro. 7*, EOL, Bs. As. Argentina.
- Naparstek, F. (2010). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo I*. Edición Grama.
- Naparstek, F. (2013). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II*. Edición Grama.
- Naparstek, F. (2014). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III*. Edición Grama.
- Naparstek, F., Mazzoni, Y., Bousoño, N. (2021). "CLÍNICA DE LAS TOXICOMANÍAS. EL LUGAR DEL PSICOANALISTA EN LAS INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO", en *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, UBA, nro. XXVIII, Secretaría de investigaciones, Bs.As. disponible en https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/28/naparstek.pdf
- NARCÓTICOS ANÓNIMOS, Doce tradiciones, disponibles en su site web https://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/litfiles/us_english/misc/Twelve%20Traditions.pdf
- Olievestein, C. (2000). *Drugs 30 years after*, Ed. Odile Jacob, París.
- Rudgley, R. (1999). *Enciclopedia de las sustancias Psicoactivas*, Ed. Paidós, Barcelona.
- Uehlinger, C. (1996). *Abstinence* Ed. medicine et Hygiene, París.
- Valleur, M. y Matysiak, J.-C. (2008). *Las adicciones*, Ed. Armand Colin, París, segunda edición.
- Vetrano, S. (2003). "Las instituciones de las toxicomanías", en *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*, Ed. TyA, Buenos Aires, Argentina.
- Zenoni, A. (2009). *La otra práctica clínica*, Ed. Éres, Toulouse.

Fecha de recepción: 10 de septiembre de 2023

Fecha de aceptación: 31 de octubre de 2023