



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

**“CUERPO, PSICOANÁLISIS Y ADICCIONES”
TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Psicología Clínica

Presenta:

María de las Mercedes Martínez Martínez

Dirigida por:

Dr. Manuel Guzmán Treviño

SINODALES

Dr. Manuel Guzmán Treviño
Presidente

Mtra. María Eugenia Venegas Fernández
Secretario

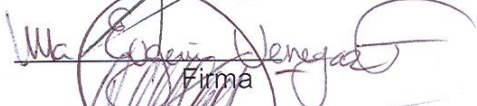
Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Vocal

Dr. Marco Antonio Macías López
Suplente

Dra. Ma. Guadalupe Reyes Olvera
Suplente

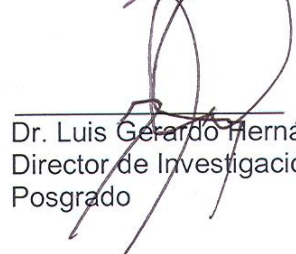
Mtro. Jorge Antonio Lara Ovando
Director de la Facultad


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo de 2008
México

RESUMEN

La presente Tesis “Cuerpo Psicoanálisis y Adicciones” trata de un señalamiento hacia la importancia de los actuales procesos de subjetivación en el amplio espectro del tema de los ‘usos del cuerpo’, y de manera muy particular, de la falla e inclusive carencia de dicha subjetivación en la presentación clínica de las adicciones.

Al respecto, el psicoanálisis ofrece varias lecturas, una de ellas se refiere a que en los llamados toxicómanos se puede leer la búsqueda de los “paraísos perdidos”, búsqueda implícita en la captura del sujeto en el goce, donde se ve obturado el acceso a la castración. Uno de los caminos que evitan o ‘dan la vuelta’ a la castración, a la angustia de castración, lo constituye el campo de las adicciones.

Así, un medio social como el actual, que ha prescindido de las palabras en el sentido de la aparición de lo simbólico, muestra el cuerpo como objeto, pero no dentro de la cadena de significantes, sino como un recipiente del cuerpo real, que sin lo simbólico, alberga nada, donde el vacío no representa una falta, pues la falta estaría instaurando el lugar que provoca el deseo.

El análisis, uno de los varios procesos de subjetivación, que por lo general parte de cuestionamientos acerca del propio deseo, puede también entenderse como una posibilidad de hacer surgir, de dar voz a esos cuestionamientos acerca del sujeto en su propia corporeidad, de su estar en el mundo.

Palabras clave: Cadena significativa, Toxicómano, Cuerpo, Proceso de Subjetivación.

SUMMARY

This thesis, "Body, Psychoanalysis and Addictions", points out the importance of the current processes of subjectivation within the wide spectrum of the subject of 'uses of the body', and especially the failure and even the lack of this subjectivation in the clinical presentation of addictions. In this respect, psychoanalysis offers several interpretations. One of these refers to being able to "real" the search for a "lost paradise" among drug addicts, a search that is implicit in the encountering of the individual's pleasure where he/she is blocked from the access to castration. One of the roads that avoids or "gives wide berth" to castration, the anxiety of castration, is the field of addiction. Thus, in a social medium such as the present one, which has dispensed with words in the sense of the appearance of the symbolic, the body is seen as an object, not within the chain of signifiers, but as a recipient for the real body. The latter, lacking what is symbolic, houses nothing, where the vacuum does not represent an absence since the absence would be the establishment of a place that provokes desire. Analysis, one of the various processes of subjectivation which normally begins with questioning desire itself, can also be understood as a possibility for making something appear, of giving voice to the questioning related to the individual in his/her corporeity, of his/her being in the word.

(Key words: Chain of signifiers, drug addict, body, process of subjectivation).

A la Foca.

AGRADECIMIENTOS

Con profundo agradecimiento al Dr. Manuel Guzmán Treviño, a la Mtra. Ma. Eugenia Venegas Fernández, al Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez, al Dr. Marco Antonio Macías López, a la Dra. Ma. Guadalupe Reyes Olvera, todos ellos profesores pacientes y curiosos al revisar este trabajo de Tesis, y de quienes aprendí el gusto en el arte de la escucha de la palabra y el texto.

También gracias a mis amigas, las psicólogas Leticia Moha Vargas, Paloma Moreno Flores y Carmen Torres Camacho cuyo apoyo y comentarios facilitaron la escritura de esta Tesis.

Agradezco las opiniones de Juan Carlos Orozco y Norberto Zúñiga, quienes me mostraron el camino de la filosofía acerca de los usos del cuerpo.

Gracias a Angélica Ramírez y Alberto Sosa también por sus comentarios.

CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	7
PRESENTACIÓN	10
1. ANTECEDENTES	
1.1. Una experiencia institucional	13
1.2. Lo social y lo clínico	16
2. ¿BUSCANDO UN DIAGNÓSTICO PARA <i>EL ADICTO</i> ?	
2.1. Hipótesis sobre la toxicomanía.	20
2.2. Viñeta de un cuerpo sin imagen.	27
3. CUANDO EL DESEO NO ES.	
3.1. Construcciones sociales sobre el consumo.	33
3.2. Paraísos perdidos y <i>El Malestar en la Cultura</i> .	38
4. SOBRE EL PROBLEMA DE OBJETO.	
4.1 Cuerpo y Ley	48
4.2 Del <i>cuerpo-como-frasco</i> al Proceso de Subjetivación	56
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	64
BIBLIOGRAFÍA	70

INTRODUCCIÓN.

Hay diversas presentaciones o ropajes clínicos para referirnos al no hablar, cuando no hay un flujo discursivo, o cuando no se cuenta con el espacio ni el tiempo adecuado para brindar la posibilidad de la dicción, del poner en palabras. El campo de la toxicomanía es una de esas presentaciones. Cuando el cuerpo es utilizado como frasco, como recipiente desnudo del deseo del Amo, así no hay posibilidad de tránsito del deseo propio, entonces no hay sujeto.

Cabe pues preguntarnos, ¿qué es inherente al sujeto? ¿Por qué si se usa el cuerpo como ofrenda simbólica, sin mediar las palabras, es como si hubiese algo que no funciona? ¿Por qué el cuerpo, por sí solo no es suficiente para simbolizar el mundo? ¿Por qué cuando no se usan las palabras hay repercusiones clínicas?

Para dar respuesta a lo anterior se podría retomar lo propio del campo del amor: en el amor se pone de manifiesto la función simbólica en pleno. El que ama habla. Su cuerpo está al servicio del lenguaje de ese amor. Es porque hay alguien o algo como destinatario de ese amor, que el juego de significantes se ha puesto en marcha, entonces habrá un lenguaje del amor, a pesar de que en muchas historias, ese lenguaje de amor será dramático o funesto. Ahí está precisamente la función del amor, en que el ser es una dedicatoria. Donde el elemento crucial del amor es eso que hace falta, eso de lo que se carece, y por eso se desea, y por ello se habla.

En ese sentido, Freud mostró el camino de cómo el amor primario hace posible la transferencia, Lacan plantea la cuestión del amor con la figura del *sujeto supuesto saber* y luego Allouch dirá que el analista, en el amor de transferencia, se convierte en el más amado.

La función del uso del cuerpo como un intento de simbolizar falla, porque no hay una puesta en escena del lenguaje. No hay una dedicatoria. Lo que hay es

una simulación de dedicatoria. O mejor dicho, hay una dedicatoria hacia sí mismo, pero esto, sin el juego del lenguaje, donde lo que se podría reflejar en otro, se convierte en una suerte de un goce, un situarse en un lugar sin límites y sin sentido.

Ahora bien, ¿qué no hablan algunos casos donde se aprecia la toxicomanía? No habla los temas que al parecer están obturados para él, a saber: el amor y la muerte.

Acceder al lenguaje se puede considerar, desde el punto de vista de Michel Foucault, como una *ética del cuidado de uno mismo como práctica de libertad*. Como historiador, Foucault facilita la apreciación del regreso a la ética como la entendían en la Grecia Clásica: se invitaba al cuidado afanoso del cuerpo y del alma. El lugar del cuidado del cuerpo era en el gimnasio, junto a sus iguales. Y el lugar del cuidado del alma era junto a una figura que representara sabiduría: era un requisito ético el estar acompañado de un maestro, amigo, o protector, con quien se pudiera hablar con sabiduría. Se trataba de abrir el camino para decir acerca de la verdad de uno mismo. O quien pudiera enseñar esa verdad.

Actualmente no siempre hay figuras claras para abrir el camino del discurso sobre uno mismo. Bástese observar cómo en nuestra sociedad globalizadora no se plantea la necesidad de la ética del cuidado de uno mismo, porque la persona en sí desaparece, para dar paso, no a la comunidad, ni a la aldea, sino al planeta en su totalidad.

Hay un ropaje clínico denominado adicción cuando no hay sujeto que simbolice. Lo que sigue es un intento por reconocer que no siempre se cuenta con el espacio de escucha atenta.

En los *Antecedentes*, se menciona la experiencia particular que tuve en la Asociación Civil Centros de Integración Juvenil, donde tuve la oportunidad de laborar como psicoterapeuta con pacientes que presentaban problemas con su consumo de drogas, así como el abordaje de sus familias.

Posteriormente, en *¿Buscando un diagnóstico para el adicto?* Se buscará el lugar donde nos podemos cuestionar acerca de qué se busca cuando se diagnostica a los diversos consumidores de drogas como EL ADICTO, así como también se intenta ubicar la mirada del psicoanálisis respecto a los casos de toxicomanía. Se hace una revisión del concepto de Silvie Le Poulichet sobre *Operación de Farmakon* y sus posibles consecuencias en el campo de lo subjetivo.

No podemos ignorar el papel protagónico del efecto social en el consumo de drogas. ¿Dónde hace frontera lo social y lo clínico? ¿Por qué en la actualidad el consumo de drogas tiene una connotación social muy diferente que en otras épocas y contextos socioculturales?

PRESENTACIÓN.

El trabajo que se presenta a continuación pretende dar fe del trabajo realizado en una institución dedicada a la atención al problema del consumo de drogas en Querétaro. También constituye un intento por dar cuenta acerca de una formación particular comenzada en 1987, cuando quien escribe inicia sus estudios en esta Universidad en la Licenciatura en Psicología Área Clínica, en la que hubo lugar un acercamiento al psicoanálisis, tanto a nivel teórico como paulatinamente también en el campo de las prácticas clínicas que se efectuaron en la Central de Servicios a la Comunidad No. 1.

Luego en 1992 iniciaron mis estudios de Maestría en Psicología Clínica. En 1993 comencé a trabajar como psicóloga de especialidad en Centros de Integración Juvenil, A. C., que no sería el lugar donde me “encontré” institucionalmente con la toxicomanía: Dos años antes, recién egresada de la licenciatura, tuve a mi cargo un programa preventivo de las adicciones en la entonces Coordinación de Salud en el Estado (SSA), donde conocí y manejé el discurso sobre “las causas y consecuencias” del consumo de drogas.

Sin embargo, es en Centros de Integración Juvenil el lugar donde tuve el trabajo directo con el paciente adicto; ello fue en el servicio de Psicoterapia Individual, así como con las familias, a través de un proyecto a mi cargo llamado Terapia Familiar Múltiple, conocido también como “Grupo de Padres”.

Es necesario mencionar que, siendo Centros de Integración Juvenil una institución que funciona a nivel nacional, no promueve que los terapeutas trabajen al abrigo de una sola corriente de en psicología. Así pues, en los diferentes Centros Regionales han convivido los enfoques multidisciplinarios, desde la Gestalt, pasando por el Conductismo, y la Escuela de Fromm en México, hasta el Psicoanálisis y la Psicoterapia Sistémica.

Los cursos monográficos de CIJ sobre Terapia Breve Individual destinaban gran parte de su Carta Descriptiva al estudio del método psicoanalítico a fin de

dotar a los psicólogos de herramientas útiles al trabajo con adictos, tales como el manejo de la transferencia, la utilización de interpretaciones y construcciones, todo ello a partir del acercamiento al concepto de lo Inconsciente en Freud.

Sin embargo, debido a la insuficiencia de espacios institucionales de formación, las lecturas psicoanalíticas fueron sólo aproximaciones que quedaron en puntos de introducción, sin llegar a la profundizar sobre la opción que hoy podría ofrecer el psicoanálisis en torno al trabajo con adictos.

Se trata, por supuesto, de la esperanzada *mezcla* del oro psicoanalítico con el cobre de las técnicas terapéuticas que persiguen solamente ser útiles al problema del pensar en métodos que conduzcan al tratamiento de las toxicomanías.

Por lo anterior, se puede considerar como válido el intento de girar en torno a la mencionada *mezcla* por varias razones:

- ♦ Partamos de una convicción de que es necesario enfrentar o al menos explicar un fenómeno como lo es la adicción, que crece desmesuradamente, al que es necesario ofrecer una opción sobre todo una opción de preguntas (pues ya conocemos que el psicoanálisis tiene que ver mas con cuestionamientos, que con respuestas), en medio del amplio abanico de instituciones y asociaciones ya existentes en la actualidad dedicadas a la misma tarea, pero utilizando diferentes métodos.
- ♦ Es válido pensar en un trabajo de este tipo a través de una experiencia interinstitucional, en el que se da cuenta de la experiencia obtenida en CIJ, A. C., así como la formación obtenida en la Facultad de Psicología de esta Universidad. ahora bien, por ser la Universidad Autónoma de Querétaro, una institución de educación pública, uno de cuyos objetivos lo constituye el brindar un servicio a la comunidad, de tal manera que, considerando que las adicciones se conciben como un problema de

salud pública, no todos los sectores de la sociedad tienen acceso a instituciones privadas de tratamiento, se hace necesario continuar con la investigación sobre un servicio al cual se tiene derecho.

- ♦ A partir de las lecturas revisadas, se puede tomar como herramienta de trabajo el punto de vista del psicoanálisis, que ahora es prolijo en cuanto a los temas de las adicciones. Estas, se han convertido en un tema contemporáneo necesario.
- ♦ Así mismo, es importante observar la necesidad de promover los espacios de escucha hacia las personas (especialmente los jóvenes) en el escenario social actual, toda vez que son muchos y poderosos los distintos modos de *burlar* los procesos de subjetivación: el problema que presenta la adicción a las diversas sustancias constituyen uno de ellos. .

1. ANTECEDENTES.

1.1 Una experiencia institucional.

Existen variadas formas de abordar el problema de la personalidad del adicto, esto es, por un lado, se encuentra el vasto campo de la adicción como un valor, un valor moral y ético, manejado inclusive por el vulgo desde el sentido común: “La adicción es un vicio”. A veces, en la escucha institucional este juego de valores toma la forma de la misma toxicomanía, en el momento en el que el psicólogo no cumple con su papel de abstinente y consecuentemente, espera algunas conductas determinadas de sus pacientes adictos. Es por esto, que vale la pena la reflexión del lugar desde donde los psicólogos ubicamos el problema de las adicciones.

Hace tiempo, el equipo de terapeutas de Centros de Integración Juvenil, A. C., señalábamos que las formas más comunes por las que el paciente consumidor de drogas demanda su tratamiento en dicha institución son porque tienen su libertad condicionada por las autoridades judiciales (casos de adolescentes y adultos que recientemente recuperaron su libertad), o porque sus familiares se sienten agredidos o culpables y han decidido tomar cartas en el asunto.

El familiar llegaba a una institución a solicitar apoyo, con una mezcla de sentimientos, desde el enojo, el susto, la culpa, hasta la depresión y la confusión. Algunos de estos familiares mencionaban que algunos problemas familiares han tenido una parte importante para la aparición del problema del consumo de drogas en uno de sus miembros. El paciente adicto, que en la mayoría de las ocasiones acompañaba al familiar, sostenía una actitud muy distinta: no se preocupaba por su propio consumo de drogas, algunos se mostraban afligidos o preocupados por los sentimientos de su familiar, y algunos en absoluto tomaban en cuenta la posibilidad de disminuir o abandonar su propio consumo. Así, iniciaban un ensayo de tratamiento en el que se entrelazaba y confundía el deseo propio.

Es importante hacer notar que es generalmente el familiar quien acude a solicitar un tratamiento para el adicto, y éste no es para sí ni para su familia. En algunas familias la adicción es completamente tolerada, de tal manera que acuden a solicitar un tratamiento cuando aparece una situación de crisis frecuentemente desencadenada por problemas legales, violentos o de naturaleza económica.

¿Cómo se fue pensando en una propuesta clínica para el paciente adicto? En la década de los 50's surgió una agrupación importante para responder a los problemas de alcoholismo, "Alcohólicos Anónimos", que con sus 12 pasos constituyeron la forma mas conocida de abordar dicha problemática, con la ayuda de la identificación, la idealización de un vértice o bien, aceptando la ayuda de un poder superior, además de un manejo muy particular de la culpa y la pertenencia a un grupo donde todos comparten una misma enfermedad.

Enfermedad. Porque institucionalmente, las adicciones comenzaron a ser conceptualizadas como una enfermedad, esto a partir de la MEDICINA SOCIAL, punto de vista con el que desde los años 60's, las adicciones son consideradas como un problema de salud pública, retomando algunos indicadores de la Epidemiología, es decir, una enfermedad llega a ser pública cuando rebasa los límites de la edad, el sexo o la situación socioeconómica de las personas. De esta manera los médicos, no tuvieron problema alguno para ubicar la adicción como una enfermedad pública.

Otra de las consecuencias del estudio de las adicciones a partir de la Medicina Social ha sido su inserción total en la problemática SALUD-ENFERMEDAD, por un lado, así como también dentro del problema de considerar a las adicciones como una enfermedad física y/o mental. El dilema de las adicciones es el campo de estudio, por excelencia, de los llamados trastornos mentales.

Es necesario señalar que, dependiendo del perfil del especialista que hable sobre las adicciones, estas se verán conceptualizadas desde diferentes enfoques y por lo tanto no existe un consenso en cuanto a su explicación causal, así como tampoco respecto al abordaje clínico. Por ejemplo, la mayoría

de los médicos y psiquiatras están de acuerdo en que la adicción es un hábito que va de lo orgánico a lo conductual. En cambio, desde el criterio de las corrientes de psicología, estaríamos hablando de un sujeto cuya estructura de personalidad tiene los antecedentes “necesarios” para la aparición del consumo de drogas. Para los organicistas, no hay más que el Síndrome de Abstinencia y el de Tolerancia. En cambio, para el enfoque psicológico, no es de importancia menor el hecho que de todo el grueso de la población que hemos consumido drogas al menos una vez en la vida, unos sí desarrollen la adicción y otros no. Por lo tanto, la preocupación para algunos psicólogos ha sido ¿Cuáles son esas condiciones de la estructura de personalidad que hacen aparecer el fenómeno adictivo?

Por supuesto, la pregunta tenía también que ver sobre las posibilidades que tenían los educadores para emprender todas las actividades preventivas necesarias, a fin de evitar que, sobre todo los adolescentes, llegasen a convertirse en un *dependiente funcional*. Sabemos que dicha pregunta no se ha resuelto del todo, porque en México aun no hay una evaluación confiable sobre el impacto de las campañas preventivas en la población infantil y juvenil. Aun no se demuestra lo eficaz del alcance de la prevención del consumo de drogas a partir de la información u orientación.

En cuanto a los procedimientos institucionales del manejo de pacientes, la mayoría de las clínicas de internamiento y/o de consulta externa (públicas y privadas), contemplan la colaboración de la atención médica, psiquiátrica, psicológica y trabajo social. En todos estos campos referidos aun hay muchas preguntas sobre cuáles son las estrategias más eficaces de manejo de adicciones que conduzcan a una verdadera rehabilitación.

A menudo en ciertos discursos institucionales, al fenómeno de la toxicomanía se le ha tratado como un síntoma neurótico, tal es el caso de la terapia enfocada a desentrañar el por qué y el cómo de una formación de compromiso. Otros puntos de vista en cambio, apuntan hacia que se trata de un fenómeno en el cual lo principal es el punto de co-morbilidad, sobre todo de las adicciones unidas a una psicosis.

Al final del trabajo se aborda también el tema sobre que opciones de abordaje tiene el toxicómano, y si dicho abordaje pertenece al campo de los psicoterapéutico o analítico.

1.2 Lo Social y lo Clínico.

La drogadicción o adicciones (conceptos sinónimos para el punto de vista institucional), llegaron a ser explicados desde el punto de vista BIO-PSICO-SOCIAL, ¿Qué impacto tuvo esta perspectiva del problema? se consideró el fenómeno de las adicciones como una realidad multicausada; donde convergen las problemáticas sociales, cuyo estudio partió sobre todo del Materialismo Histórico (analizando crisis económica, desempleo, fenómenos de emigración, aculturación, estrategias publicitarias, movimiento contracultural, narcotráfico, etc.) con los conflictos familiares, vistos a través de la teoría de la Terapia Familiar y de Comunicación y Sistemas (violencia, comunicación no verbal, roles difusos, débiles o rígidos, actitudes disfuncionales, el consumidor de drogas como el miembro emergente, etc.), y la realidad psíquica del *individuo*, donde se incluyen las interpretaciones que hacen las distintas disciplinas de la psicología y la psiquiatría, desde donde las adicciones se explican como una necesidad subjetiva por la droga. En el ámbito institucional, el acercamiento para la reflexión sobre fenómeno adictivo se dio desde diferentes puntos de vista psicológicos (Gestalt, Conductismo, Teoría de los Sistemas,, Teoría de la Comunicación, inclusive la Logoterapia), es decir, la historia institucional no dejó de lado el punto de vista del psicoanálisis, con cuyos contenidos el fenómeno adictivo comenzó a ser visto como un síntoma.

Que la toxicomanía es ante todo un síntoma, es un criterio que hoy en día la gran mayoría de los especialistas en salud mental comparten. Sin embargo, no todos están de acuerdo en los mismos modelos descriptivos y explicativos del trastorno. Básicamente, podemos encontrar dos formas distintas de

comprender el fenómeno adictivo que podríamos llamar la **estructural** y la **funcional**.

Con relación a la mayoría de las posturas institucionales sobre las adicciones, se intenta que el profesional en la salud mental mencione qué tipo de personalidad subyace en el adicto, así como también se aborda el problema del consumo excesivo de drogas contemplando sólo la cualidad de función de la droga, sobre todo a partir de la observación de que no hay criterios unificados para decir que la adicción tiene que ver con un trastorno de personalidad específico, pues, como veremos a continuación, las adicciones “caben” en casi todos los cuadros psicopatológicos.

No siempre se habla de lo que sucede en el consultorio, de lo que pasa cuando se establece el dispositivo analítico con el paciente toxicómano. Este *paciente* no habla, no quiere o no puede hablar, aunque acuda a la terapia obedeciendo su propia demanda, no accede con facilidad a la palabra. ¿Es distinto esto en relación a cualquier otro paciente? ¿No acaso esto sucede con la mayoría de los pacientes indistintamente de sus síntomas?

En la gran mayoría de las instituciones dedicadas al tratamiento de los pacientes con adicciones, los terapeutas, médicos y trabajadores sociales emplean como herramienta el DSM-IV, encontrando que dicho diagnóstico no servirá de mucho para el tratamiento, quizá sólo para darnos cuenta si hay rasgos de comorbilidad, y si acaso podríamos conjeturar cuáles son las características de la personalidad subyacentes al abuso de drogas.

Sylvie Le Poulichet, psicoanalista francesa, critica duramente este tipo de investigación clínica. Ella opina que es una manera de-subjetivar al adicto y, por supuesto, también al terapeuta o analista, según el tipo de atención recibida. Se habla de la droga como un agente externo. Se ejerce un juego de proyecciones sobre la sustancia. Entonces, dice, estos tratamientos adquieren una forma de quitar “algo”, es decir, con las drogas se de-sustantiva el sujeto.

Cabe pues preguntarnos: ¿Qué quiere él, que reconoce que tiene un problema con su consumo de drogas? y también ¿Qué quiere el analista o terapeuta que

lo escucha? Algunas veces las experiencias de terapia con este tipo de pacientes son especialmente frustrantes. El paciente, las más de las veces de una fuerte resistencia, se decepcionará con facilidad del tratamiento recibido. Por otro lado, aparece otra gran dificultad: tanto en la clínica de internamiento como en las unidades de consulta externa, esto es, en las sesiones de psicoterapia lo invitan a hablar, ¡cosa difícil para él!

El terapeuta, por su lado, se ha “preparado” para este “encuentro”, tanto en el plano formativo como en el psicológico. Aquí es de nueva cuenta, el lugar de cuestionamientos, el nudo que no siempre tomamos en cuenta los psicólogos, por mas formación clínica que digamos tener. ¿Cuál es nuestro deseo? ¿Lo hablamos en nuestros respectivos análisis? ¿Cómo lo hemos resuelto cada uno de los que hemos trabajado con pacientes adictos? ¿Hemos encarado nuestras propias adicciones?

El psicólogo clínico entra aquí como un agente curativo. Se le plantea al paciente la posibilidad de trabajar con un *profesional de la salud mental*. Se ofrece el método así como también se trata de analizar la demanda del paciente. Sin embargo, nos topamos con que existe también una demanda institucional, que es precisamente, la de atender pacientes adictos. Por lo tanto, en el panorama curativo aparecen varios niveles y sujetos de deseo: la institución, el psicólogo, la familia del adicto y el adicto mismo. Y todavía existe otro nivel, éste de tipo *macro*, que sería la sociedad en su conjunto, esa demanda que adquiere un carácter imperativo, el de “di no a las drogas”, que tendría que ver con los discursos desde lo que ordenan, organizan, lo que sería el ideal social propiamente dicho.

Le Poulichet advierte que el fenómeno-droga contiene los opuestos: el *Farmakon* sería a la vez el remedio y el veneno. Ella no está de acuerdo con las denominaciones y conceptos dados desde la medicina o solamente desde la psiquiatría.

Para la mayoría de los psicoanalistas que se interesan por el estudio de la llamadas adicciones (S. Le Poulichet, D. Maldavsky, H. Heinrich), prefieren

utilizar el termino de TOXICOMANIA, a la cual no encuentran un diagnostico único para elaborar un diagnóstico. Es decir, que la toxicomanía tendría que ver con la ingesta de drogas pero esta no atiende a un cuadro clínico en particular, por lo que consideran una tarea estéril la búsqueda de una especificidad de un trastorno psicológico. En su lugar, proponen que el estudio del abuso del consumo de drogas se centre en el análisis del lenguaje que sobre el cuerpo se encuentra el adicto.

Lo cierto es que institucionalmente se trabaja con la idea de que la toxicomanía es un síntoma, sobre todo un síntoma neurótico, dejando para unos cuantos la consideración de una co-morbilidad entre toxicomanías y psicosis. Esto da la idea de estar ante un neurótico o ante un psicótico encontrando una seria problemática de conceptos y métodos, a saber:

- ♦ Se concibe la toxicomanía como un síntoma, tomado éste como una formación de compromiso donde el dispositivo analítico consiste en *“hacer consciente lo inconsciente”* invitando a hablar al paciente adicto como si fuese un neurótico cuyo manejo de la transferencia seguirá un proceso similar al de la histeria o al de la neurosis obsesiva.
- ♦ Uno de los objetivos dentro de la psicoterapia con pacientes adictos lo constituye el logro de la eliminación o en su defecto la disminución del consumo de la droga.
- ♦ El apoyo que brinda el servicio de farmacoterapia en ocasiones llega a constituir el punto central donde se basa el tratamiento de las adicciones, así también el proceso de la cura por el manejo de la abstinencia se convierte en el eje rector de las clínicas de internamiento para estos pacientes.
- ♦ Fuera de estos intervalos de cura, los que podemos llamar de *“extirpación”*, se subestima el valor del análisis del valor simbólico de la droga, así como los mecanismos inconscientes que llevaron al sujeto a desarrollar una adicción.

Parece que este panorama nos invita a revisar el método desde el cual pensamos el problema de las adicciones.

2. ¿BUSCANDO UN DIAGNÓSTICO PARA *EL ADICTO*?

2.1 Hipótesis sobre la toxicomanía.

¿A qué tipo de síntoma nos referimos en la figura del toxicómano? O bien, ¿se puede leer un síntoma en un adicto?

En “Neurosis y Psicosis”, Freud hace un análisis para diferenciar ambas enfermedades, poniendo énfasis en la percepción de la realidad: mientras que el neurótico reprime el Ello y respeta a ultranza la realidad, el psicótico construye otra realidad, “su” propia realidad, presentando el mecanismo de la “desmentida”. El adicto ¿cuál de ambos mecanismos efectúa? El adicto ¿es neurótico o psicótico?

Aunque Freud no se refiere con frecuencia al fenómeno de las adicciones, en la Carta 79, fechada el 22 de diciembre de 1897, escribe que para él, la verdadera y original adicción es la masturbación infantil: “(...) Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar “adicción primordial”, y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.)”¹. Allí mismo, en una nota a pie de página Strachey comenta que Freud retoma el asunto de las adicciones refiriéndose a la habituación de Dovstoievski a los juegos de azar. Posteriormente, Freud se referirá al drogadicto para decir que el psicoanálisis no está indicado para este tipo de trastornos.

Por su biografía sabemos que Freud consumía cocaína y que él mismo la recomendaba altamente a su entonces novia Martha Bernays.

Con relación al problema de la naturaleza del síntoma en el adicto: en “La Histeria”, de 1888, Freud hace una diferenciación de lo que es la Histeria entre las psicosis, inclusive de los otros tipos de neurosis: “Quizá quepa destacar

¹ Freud, S. Carta 79 Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]), Tomo I, en Obras Completas, Amorrortu. Buenos Aires p. 314.

todavía que en la histeria el influjo de procesos psíquicos sobre los procesos físicos del organismo esta acrecentando (como en todas las neurosis), y que el enfermo de histeria trabaja con un excedente de excitación en el sistema nervioso, el cual se exterioriza ora inhibiendo, ora estimulando, y es desplazado con gran libertad dentro del sistema nervioso”.²

Strachey, en su nota al pie de página, hace notar que aquí Freud ya hace referencia a su concepción sobre “la distribución de las magnitudes de excitación en el sistema nervioso”, así como también comenta que “Esta oración final, donde nos dice que un excedente de excitación puede manifestarse como inhibidor o como estimulante, parece anticipar el “principio de constancia”³. ¿Por qué hay que mencionarlo? Porque más adelante los psicoanalistas a quienes les interesa la investigación de las adicciones, se van a referir a éstas en relación al problema del Principio de Placer y al Principio de Realidad, mismos que apoyan un punto de preguntas e hipótesis sobre la toxicomanía desde los mismos textos freudianos, como veremos en otro momento.

En el siguiente párrafo, Freud afirma: “Como factores que producen estallidos de afección histérica aguda, corresponde consignar: traumas, intoxicaciones (plomo, alcohol), preocupaciones, emociones, enfermedades agotadoras y en suma, todo cuanto sea capaz de ejercer un vigoroso efecto nocivo”⁴. Y más adelante: “los hombres parecen particularmente proclives a la histeria a edad inmadura, por trauma e intoxicación”.⁵

Rodríguez, psicoanalista español, también percibe una relación entre adicciones e histeria: “En su aparente frialdad y distancia, por otra parte, se percibe [en el adicto] un sobrante de excitaciones internas que no puede mentalizar, como le pasa a los histéricos y los hipocondríacos”⁶.

² Freud, S. Op. Cit. La Histeria. Tomo II 1888, Pág. 54

³ Ídem Pág.55

⁴ Ídem

⁵ Ídem Pág. 57

⁶ Rodríguez José A. 1996. Por qué nos drogamos Del Poder y otras Adicciones. Estudio Psicoanalítico Ed. Biblioteca Nueva, Madrid p. 52

De lo anterior se puede desprender que el adicto se relaciona con el síntoma histérico por el hecho de compartir lo orgánico, el cuerpo como un parte que “habla”, el juego de significantes es similar, pues en ambos casos, el problema del dominio de lo inconsciente por sobre el corporal es evidente.

Notaremos también que, sin embargo, dicho juego de significantes sobre el cuerpo estaría organizado de diferentes maneras.

Para Haydée Heinrich, por ejemplo, este excedente de excitaciones que no son “ligadas”, que no son simbolizadas, o bien, que no tienen un cause a través de las palabras, no fue puesto en intervalo con los significantes, es lo que esta psicoanalista argentina dice que es la HOLOFRASE, es decir, el congelamiento de un significante. “(...) holofrase es un término que Lacan toma de la lingüística. Se refiere a una sola frase que se puede condensar en una sola palabra. Una palabra que concentra el sentido de toda una frase y da como resultado un sentido unívoco. Es decir, que ya no será un significante sino que será un signo, un signo que significa algo para alguien. (...) Lacan dice que la característica del signo, en oposición a la del significante es que no admite metonimia ni engendra metáfora. No sirve para hacer un chiste, ni un equívoco, ni un juego de palabras.”⁷

A partir de todo lo anterior, ¿se concluye que el adicto tiene una estructura histérica? No, si lo comparamos con otras estructuras; David Maldavsky propone que las adicciones van estructuralmente de la mano con los trastornos de la anorexia nerviosa, pues en ambos se observa la aparición de un “agente externo”, en un caso es la comida, en el otro son las drogas. También encuentra una estructura similar en el fenómeno psicósomático y la epilepsia. Maldavsky, dirá que en todos estos casos aparece en común un *tipo de pensamiento* que él llama **operatorio**.

⁷ Heinrich, Haydée. 1996. Cuando la neurosis no es de transferencia. Colección Clínica en los bordes. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires p 29.

El pensamiento operatorio dice Maldavsky, aparece en todo tipo de adicciones, pues en la actualidad, el consumo de drogas es sólo una forma de adicción: la comida, los juegos de azar, el deporte y el trabajo excesivos, la televisión, los videos, las relaciones humanas conflictivas e inclusive los golpes, son una parte de la gran extensa gama de adicciones que en el siglo XX adquieren una forma singular.

Para dar cuenta de la estructura del toxicómano, Maldavsky incluye un análisis holofrase, el número y el grito. Todo ello en relación a la estructura del preconciente, como lo veremos en seguida:

El Número. Lacan, comenta que en los procesos tóxicos “en lugar de la letra cobra eficacia un número”⁸. Se refiere entonces al realismo del número. “El número que nos interesa es ese que en los procesos tóxicos pone de manifiesto la regresión desde la historicidad hacia el pleno dominio de lo cuantitativo. Cuando *time* es solo *money*”⁹.

Aquí el número “sólo da cuenta de lo cuantitativo de la economía pulsional, de la carencia de cualidades, de la constitución de un tipo particular de sensorialidad”¹⁰. Existe el número, pero no la palabra, entonces son procesos condenados a no entrar en la cadena significante.

Además, dice Maldavsky, el Discurso Especulador, el Pensamiento Operatorio y la Sobreadaptación, son términos de “una presentación caracteropática en que subsiste un precario sentimiento de sí, al que atribuir un carácter restitutivo particular, posterior al fracaso de la identificación con la propia preferencia sonora”¹¹. Se trata de un discurso donde sólo hay números; y el pensamiento operatorio, dado a partir de la Holofrase, alude a la condensación de múltiples pensamientos inconscientes. Por ultimo la sobreadaptación es referida por Maldavsky como un “...conjunto de prácticas o discursos en que la abolición de

⁸ Maldavsky, D. 1992. Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias. Amorroutu, Argentina p. 35

⁹ Ídem, p. 37

¹⁰ Ídem, pp. 37-38

¹¹ Maldavsky, D. Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Obra citada, p. 39

los propios procesos identificatorios se disfraza como adecuación de presuntas imposiciones de un ser despótico y loco”¹² [¿Quién es ese “ser despótico y loco?”]

Por lo tanto se trata de una PRESENTACIÓN que puede ser catalogada “como una retórica del vacío identificatorio”¹³ [Las mayúsculas y los subrayados son míos] Otros autores, como veremos mas adelante, también sostienen que el problema de las adicciones tiene que ver mas con una clínica diferencial del Narcisismo.

Encontramos entonces una relación entre la estructura de lo Holofrase y la clínica *diferencial* del narcisismo, que tiene que ver con aquella *retórica del vacío identificatorio*. ¿Cómo podemos explicarnos esto? Parece ser que el concepto que puede servirnos es el de PRESENTACION. En la presentación, específicamente en la presentación clínica, encontramos que el sujeto tiene una forma de presentarse, una exclusiva forma de hacerse presente, es decir, una forma de estar. De estar en la vida.

Ahora bien, “la holofrase del paciente en quien se desarrolla una afección toxica reúne [1] a la zona erógena, [2] al órgano (cenestesia) y [3] al contexto no constituido, y sustituido por una hipertrofia sensual, en que el goce y el dolor orgánicos se confunden.”¹⁴ Un ejemplo clínico que Maldavsky aporta para el entendimiento de lo anterior, es la adicción a los golpes, por parte de algunas mujeres, en quienes no hay una identificación con su propio grito, y en donde no hay frontera entre el placer y el dolor.

¿La toxicomanía se relaciona clínicamente con el campo de las psicosis? El adicto, cuando se encuentra en la fase de la intoxicación, llega a la alucinación y/o al delirio. Sin embargo, encontramos adictos que sostienen una estructura psicótica anterior a su consumo de drogas. En este terreno, el de la psicosis, Maldavsky y Le Poulichet consideran que las adicciones corresponden mas

¹² Maldavsky, D. Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Obra citada, p. 40

¹³ Ídem, p. 39

¹⁴ Ídem, p. 42

bien al campo de las neurosis narcisistas, esto es, que se encontrarían mas cercanas al campo de las psicosis, en donde el problema estaría planteado en los siguientes términos:

Uno, correspondería a la problematización de la transferencia. H. Heinrich, por ejemplo, considera junto con Maldavsky que las adicciones tienen que ver con una *neurosis que no es de transferencia*, por lo cual el dispositivo analítico tendrá dificultades en establecerse a la manera de los neuróticos comunes: a cambio, ofrecen su cuerpo, su silencio, sus actos. No hay palabras que medien subjetivamente entre él y el Otro. Esto es, para H. Heinrich, no hay paso entre un intervalo y el otro en el juego de los significantes, sino que para ella los significantes en el adicto se han “holofraseado”, esto es una especie de congelamiento del intervalo de los significantes que entran en juego. Es un juego subjetivo, que no esta dispuesto a la manera de los demás neuróticos.

Podríamos preguntarnos ahora si puede haber relación entre toxicomanía y perversión.

Para Freud toda la sexualidad es perversa, o, al menos, tiene un tinte *perverso*. Por ejemplo, el niño sería un perverso polimorfo (Tres ensayos de Teoría Sexual). El perverso no reprime, así como tampoco siente culpa. Por ello, esta considerado como un narcisista. Desde este punto de vista, el narcisista no es un candidato a un análisis, porque no presenta neurosis de transferencia, requisito indispensable de éste ultimo. Veamos: ¿las adicciones corresponderían a éste campo de lo perverso? parece ser que la pregunta es legitima, pues podemos observar que el adicto:

- ♦ Sostiene un original sentimiento culpa por su consumo de drogas: la culpa aparece en momentos desfasados, el de la confrontación con otro. O bien, la culpa la siente el otro.
- ♦ Presenta una escasa o nula tolerancia a la frustración.

- ♦ Su estructura se parece más a la de un narcisista, porque sostiene su adicción en detrimento de sus relaciones sociales.
- ♦ Generalmente, el análisis propiamente dicho fracasa con adictos, por su imposibilidad de neurotizarse transferencialmente con su analista, tal como sucede en el perverso.

Ahora bien, ¿podemos hablar de factores compartidos entre toxicomanía y neurosis obsesiva?

Una característica que comparte el adicto a las drogas con el neurótico obsesivo: es la compulsión. El adicto no puede dejar de consumir drogas, por más que conscientemente se lo proponga. En este momento, ya no se trata de apetencia, sino de un rito: “Es un goce imposible que crea mas ansiedad porque es un acontecimiento que fracasará una y otra vez”¹⁵.

El adicto puede realizar los actos más inverosímiles a fin de conseguir su dosis requerida (robos, chantajes, engaños, etc.). Así, tanto el adicto, como sus propios familiares experimentan una especie de “fracaso”, casi siempre que intenta los diferentes tratamientos que les ofrecen las instituciones públicas o privadas.

Resalta aquí el punto de lo imposible para el consumidor adicto a las drogas: él no puede dejar de hacerlo. Sus propios argumentos se desvanecen en el momento del acto. Podríamos hablar de dos momentos nodales para el adicto: uno es el discurso del “ya no lo volveré a hacer”, y el otro es el acto propiamente dicho del consumo.

El acto compulsivo ¿acerca al adicto al campo de la neurosis obsesiva? Sí, pero parece ser que es sólo en este punto donde podríamos ubicar la semejanza, en lo demás no.

¹⁵ Rodríguez, Op. Cit. p. 40

Recordemos que la condición para la instauración de la neurosis obsesiva es la presencia de un peculiar nudo con el significante “El nombre del padre”, es decir, el neurótico obsesivo sufre de una hiper-presencia del Otro. El adicto, al contrario, presentifica una ausencia total de la seriación de dicho significante, el padre no aparece, no solo realmente, sino tampoco en el campo simbólico del sujeto.

Esta observación la hace H. Heinrich con otras palabras. Ella considera que el adicto tiene una estructura similar al paciente psicossomático y la anorexia nerviosa, pues en todos ellos se observa una dificultad en la posibilidad de transferencia, así que propone la siguiente metáfora puesta en pregunta “¿puedes perderme?”, la cual nos explica así: “no se trata simplemente de desaparecer, sino que hay una pregunta tendiente a averiguar si la ausencia del Sujeto será inscrita por el Otro como una pérdida, como una falta”¹⁶

Hasta aquí podemos observar que la toxicomanía puede presentarse en múltiples figuras de lo clínico. Tal parece que el campo de las adicciones no se refieren a un solo cuadro de neurosis actual.

Entonces, cabe preguntarnos si existen presentaciones clínicas (y no nos referiremos al diagnóstico) con algunos puntos en común, y si estas se pueden leer con el dispositivo analítico, así como también cuáles son las consecuencias metodológicas en el proceso de cura.

2.2. Viñeta de un cuerpo sin imagen.

Casada muy joven, Lilia se trasladó con su esposo con quien vivía en una comunidad de la Sierra, emigrando a la ciudad de Querétaro. Su esposo no había dado muestras de agresividad, hasta que nació su primer hijo, al cual

¹⁶ Heinrich H. 1996. Cuando la neurosis no es transferencia. Homo Sapiens. Colección la Clínica en los Bordes. Argentina p. 17

mostró odio hasta el grado de intentarlo matar, siendo un bebé. En varias ocasiones, las vecinas literalmente tenían que sacar a esta mujer del baño porque el esposo intentaba asfixiar o ahorcar al pequeño Elías. Entonces, las golpizas las recibía ella. Cuando el niño fue creciendo, el odio del padre continuó, de tal forma que los recuerdos de Elías en relación a su padre consisten en que éste lo golpeaba “sin yo saber por qué”. También nacieron dos hijas de ese matrimonio, a las que el padre nunca ha mostrado señales de violencia.

Ya entrada la adolescencia, los golpes contra Elías fueron menguando, pero no así las palabras de odio y resentimiento que le dirigía el padre. A Elías le gustaba la música y formó un grupo musical con sus amigos. En esta época, a los 15 años, comenzó a consumir alcohol, marihuana e inhalantes. Elías le aseguraba a su madre: “Ya verás que con la música, mi papá me va a querer”. Poco a poco el consumo se convirtió en adicción, de tal modo que Elías, para comprar la droga, vendió los instrumentos musicales, ocasionando con esto la mayor ira del padre contra él y la madre, a la que siempre consideró una “alcahueta” del hijo.

Elías desarrolló una actitud pasiva ante su padre: nunca le ha demostrado enojo ni mucho menos odio, así como también guarda aún la esperanza de que su padre lo quiera alguna vez.

Cuando Elías cumplió 18 años, Lilia, su madre, llegó al Centro de Integración Juvenil A.C., donde a partir de la entrevista, fue invitada a participar en el Grupo de Padres. Lilia presentaba síntomas de asma, hipertensión, insomnio y peligro de infarto. En las sesiones de dicho grupo comenzó a hablar de una manera atropellada, respirando copiosamente y con un fuerte llanto a causa de “su culpa”, como ella lo mencionaba al grave daño que había sufrido Elías por parte de su padre. Aunque se le indicó que el hecho de que ella estuviese en el Grupo, no garantizaba, ni era el objetivo directo que su hijo aceptase acudir a una entrevista diagnóstica en la Institución, Lilia siempre guardó la esperanza de que así fuera y Elías recibiese un tratamiento en el CIJ..

Casi al cumplir un año de que Lilia comenzara sus exposiciones con el Grupo de Padres, Elías acudió a una sola cita de diagnóstico, pero no regresó más. Lilia continuaba en el Grupo de Padres en el que logró ponerse a salvo de sus enfermedades. El asma, la hipertensión y el peligro de infarto ya no se presentaron, pero continuó el insomnio. Sin embargo, iba comenzando una fase depresiva, pues mucho le rogaba a Elías que acudiese de nuevo al tratamiento que de hecho no había comenzado (aun cuando en el grupo se le contraindicaba) sin lograr que Elías aceptase su invitación.

El Grupo de Padres fue testigo de cómo Lilia se deprimía a causa de las negativas de su hijo para acudir a la Institución. En esta época, decidió separarse de su esposo, quien, extrañado y luego furioso, se fue de su casa. Lilia continuaba asegurando que su hijo era “un buen muchacho” y se podía recuperar si tan solo él accediese a tomar su tratamiento. El grupo la animaba para que pusiera atención en otras cosas, pero ella, poco a poco, dejó de acudir a dicho espacio.

Ominosamente, Elías acudió a la Institución cuando yo ya no trabajaba allí, y al ser informado que lo harían pasar con otra terapeuta decidió no acudir más.

Lilia solicitó una sesión en privado conmigo para referir, con gran preocupación, que Elías seguía consumiendo, pero que le preocupaba aún más el hecho de que éste iba perdiendo paulatinamente la vista, y que el pronóstico del especialista era que si Elías no dejaba de consumir inhalables, perdería definitivamente la vista, aun así, éste continúa en su negativa de acudir a cualquier tipo de tratamiento. Actualmente Elías consume también cocaína.

Quisiera destacar que en este caso, se habló sobre las implicaciones que tuvo en una madre el consumo de drogas de su hijo. En los relatos de la madre se percibía la gran frustración que significa para un familiar de consumidor de drogas, su imposibilidad de modelar el deseo de éste.

Por cuanto toca a las palabras, estas han quedado de alguna manera obturadas, en una historia familiar donde ha habido golpes, se ha proferido gritos, así como también insiste el silencio. De esa manera, Elías se percibe a sí mismo como una ofrenda a su padre, siendo su proyecto el lograr convertirse en objeto de amor de un padre violento, violenta así su propio cuerpo. La madre se ubica así como un tercero cuyo amor tiene asegurado, esto no inspira en Elías la figura de deseo. Funestamente, él no cuenta con un espacio de escucha donde podrían inscribirse las primeras líneas de una historia dictada por él mismo.

¿Se ubica aquí la *operación de Farmakon*, o se habla de una presentación clínica diversa, del tipo del malestar en la cultura? Se puede considerar que el advenimiento de un cuerpo sin habla, en ese sentido, encontramos en la presentación de Elías un ejemplo de la *operación Farmakon*.

La presentación clínica del consumo de drogas es funesta porque obedece a signos, no a significantes. El cuerpo, transformado en signo, carece de opciones de ser simbolizado para que otros, de acuerdo a sus propias historias, lo ubiquen como ser deseante.

Le Poulichet invita a pensar el fenómeno-droga desde la metáfora *el cuerpo como templo de Dios*: “el pensamiento Cristiano indica con toda precisión en esta formula que el cuerpo debe ser el lugar de un ‘misterio’: lugar donde se celebra un culto, es decir, el misterio de la presencia de Dios que es ausencia”.¹⁷

El lugar de misterio abre las posibilidades de simbolizar. Y donde no hay dicho simbolismo sólo hay cosa, es decir, el cuerpo se cosifica, despojando así de sus innumerables posibilidades de decir, de metáforas que hablan del sujeto, sin esto, entonces el cuerpo es sólo “máquina”.

Es importante hacer notar que no siempre “se pierde el cuerpo” en el consumo de drogas: cuando los chamanes, o curanderos realizan sus ritos religiosos

¹⁷ Le Poulichet, S. 1990. Toxicomanías y Psicoanálisis La narcosis de deseo. Amorrortu, Argentina, p. 122

acompañados de la ingesta de diversas sustancias, implican una realidad dotada de simbolismo. Por otro lado, para Le Poulichet, por ejemplo, lo indicado por Freud en *El malestar en la Cultura*, donde este reconoce que la vida es gravosa, con dolores y desengaños, no se puede “prescindir de calmantes”, es también una realidad que sostiene la no pérdida del cuerpo dentro del contexto de la frustración social.

Ahora bien, la pérdida de la subjetividad en la toxicomanía va más allá de la frustración social. No contemplamos sólo la frustración social, sino que aludimos a la palabra de un *humano* que está por aparecer. ¿Qué no hablan algunos toxicómanos? Pues las palabras que tienen obturadas se refieren al dolor y al placer: el dolor de estar, de tener qué estar, el placer de no hablar por estar prohibido. Un placer que no es. Las palabras con que cuentan no les alcanzan para simbolizarse.

Le Poulichet también rescata la contemplación del cuerpo humano como “La Máquina”. El sujeto, dice ella, el sujeto no puede ser dueño de la máquina, no puede dominar esa máquina, ni comerciar con ella. Por ello el cuerpo (la máquina) debe ser siempre lugar de *lo incógnito*. El adicto, por su parte, ha tomado por asalto la máquina... en lugar de conformarse con solo nombrarla. No le ha bastado el Nombre para vivir con ella.

Se puede apreciar que lo que está de por medio en el problema de las adicciones es el cuerpo, un cuerpo en relación a otro, pero cuya presentación clínica indica que no hay registro de ese otro. Aparece la alucinación, siguiendo el modelo del sueño, en donde, a partir de la *Operación del Farmakon* la droga viene a convertirse, por vía de la alucinación, en una extensión del cuerpo.”Nada del cuerpo se pierde ni se elabora simbólicamente cuando se lo concibe en el orden de una suplementariedad real”¹⁸.

¹⁸Le Poulichet, S. Toxicomanías y Psicoanálisis. Obra Citada p. 76

¿Qué queda cuando no hay otro a quien rendirle cuentas? ¿Por qué será peligroso si no nos ponemos en manos de ese Otro? “*La operación del Farmakon* se presenta entonces como una figura enigmática puesto que participa de una forma de destitución de la subjetividad”¹⁹.

La función de la *Operación del Farmakon*, consistirá esencialmente en la protección de una forma de narcisismo. “Lo propio de la *Operación del Farmakon* sería establecer las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias, así como producir una ‘cancelación toxica’ del dolor”²⁰

La función de la *Operación de Farmakon*, dice Le Poulichet, puede fallar, puede no ser suficiente: así se explica algunos casos de sobredosis, pues ante todo, la operación de farmakon es ambivalente: es medicina y veneno al mismo tiempo, es lo exterior confundido con el interior.

Cuando Le Poulichet invita a pensar la metáfora del “Cuerpo como un Templo de Dios” podemos acercarnos a la comprensión de la *Operación de Farmakon*. El cuerpo, dice, es ante todo un lugar del misterio. Al mismo tiempo, no se puede disponer del cuerpo poseyéndolo uno mismo. De alguna manera, el cuerpo es para otro. Sin embargo, para los toxicómanos este juego de significantes no está dado. Se dispone del cuerpo como si fuera su propiedad: entonces, se llega a un nivel peligroso, puesto que el sujeto tiende a su destrucción. Por lo tanto “yo no soy de mí”, sino que soy de otro u otros específicos que me han conformado.

¿Podríamos leer en esto la importancia de la instauración de una ley, de la aceptación de un límite? ¿El toxicómano es una figura clínica de la ausencia del significante *El-nombre del Padre*?

¹⁹ Ídem p. 77

²⁰ Le Poulichet, S. Toxicomanías y Psicoanálisis. Obra Citada p. 69

3. CUANDO EL DESEO NO ES.

3.1. Construcciones sociales sobre el consumo.

Mucho se ha hablado ya del sentido de la compulsión a la repetición por el consumo de drogas: éste tendría la finalidad de obtener placer. Pero ¿a qué placer se hace referencia en esta frase? ¿Qué es el placer como referente del consumo de drogas?

Parece ser que entramos aquí a un punto donde no ha entrado aun el discurso institucional, a saber: la conceptualización de las adicciones a partir de la problematización del placer.

Ya se ha referido que algunas construcciones sociales (incluyendo buena parte del discurso médico), aportan la noción de drogadicción como un VICIO ¿Cómo fue acuñándose socialmente esta definición de las adicciones? Pues ciertamente, sabemos ya que en todas las culturas antiguas se ha presentado el consumo de drogas, sin que esto haya tenido alguna vez la característica de vicio, ni siquiera de problema familiar y social.

Por Fernando Benítez²¹ y Antonio Escotado²², entre otros, sabemos que la ingesta de drogas tenía en los pueblos antiguos de Mesoamérica el sentido mágico y religioso. México no es la excepción, y los sacerdotes y curanderos prehispánicos utilizaban el pulque, los hongos alucinógenos y el peyote para sus ceremonias ritualistas.

No es hasta el siglo XX, que las adicciones cobran un sentido muy distinto: la droga llega a ser un producto mercantil, un bien. Además, el problema de las adicciones comienza a despuntar en México a partir de los 60's, cuando entra en auge el consumo de marihuana por los grupos contraculturales.

²¹ Benítez F., 1968. En la tierra mágica del peyote. Ediciones Era. México,.

²² Escotado A. 1998. Historia General de las Drogas. Fenomenología de las Drogas. Colección ensayo y pensamiento. Editorial Espasa Calpe. Madrid,.

Actualmente se habla de drogas “de diseño”, como las metanfetaminas (éxtasis, cristal).

Como podemos ver, el problema del consumo de drogas tiene también una connotación moral: ¿Cómo puede definirse el problema dentro de este campo?

Podemos observar dos contextos muy distintos en los cuales en México, en distintas épocas, se ha dado el consumo de drogas: el primero es el ritualista-religioso, donde las drogas eran utilizadas como un medio para acercarse a los dioses y así lograr algunas curaciones, y por lo tanto eran un acto privilegiado, es decir, deseado. Por otro lado, se encuentra el contexto que se comenzó a dar desde la década de 1920, cuando el consumo de drogas comienza a verse como una enfermedad, primero física y luego también mental, donde los criterios de trastorno han sido además de malestar físico, y los índices de mortalidad asociada a dicho consumo, también la pérdida del empleo, el escaso o nulo interés en los estudios, los estados depresivos o actitudes agresivas, la relación entre consumo de drogas y conductas antisociales como robos y homicidios, además de los accidentes en estados de intoxicación.

Aristóteles, nos conduce por el camino de la observación del VICIO y de la VIRTUD. A cada virtud corresponden dos vicios. Por ejemplo, a la virtud de la valentía, corresponden los vicios de la cobardía por un lado, y el de la temeridad, por el otro. Esto es, la virtud se encuentra en medio de los extremos. A la virtud de la apetencia corresponden los vicios de la gula, en contraparte con la inapetencia:

“En toda cantidad continua y divisible, pueden distinguirse tres cosas: primero el más; después el menos, y en fin, lo igual; y estas distinciones pueden hacerse o con relación al objeto mismo, o con relación a nosotros. Lo igual es una especie de término intermedio entre el exceso y el defecto, entre lo más y lo menos. El medio, cuando se trata de una cosa, es el punto que se encuentra a igual distancia de las dos extremidades, el cual es uno y el mismo en todos los casos. Pero cuando se trata del hombre, cuando se trata de nosotros, el

medio es lo que no peca, ni por exceso, ni por defecto; y esta medida igual está muy distante de ser una ni la misma para todos los hombres.”²³

Michel Foucault nos ilustra un poco más sobre la ética de los griegos: nos dice que para ello será necesario ubicarse en la escala social. La estratificación social desde la que nos hablan los griegos es la posición del Amo. Ser Amo significaba no ser esclavo. Y puntualiza: ser Amo significaba no ser esclavo ni de sus propias debilidades. Pues de nada valía ser Amo y abandonarse a esas debilidades de la propia persona.

Parece ser que con el nacimiento de otras corrientes filosóficas, encontramos un trato distinto de la ubicación del vicio y de la virtud. Foucault distingue claramente entre la *ascesis de los filósofos paganos* (época helenística y romana), de la *ascesis cristiana*:

“Primero, en esa ascesis filosófica, esa ascesis de la práctica de sí, el objetivo final, el objetivo último no es evidentemente la renuncia a sí. Al contrario, el objetivo es postularse a sí mismo, y de la manera más explícita, más fuerte, más continua, más obstinada posible, como fin de su propia existencia. Segundo, en esta ascesis filosófica no se trata de regular el orden de los sacrificios, los renunciamientos que deben hacerse con respecto a tal o cual parte, tal o cual aspecto de nuestro ser. Se trata de construir para sí mismo un equipamiento, equipamiento de defensa para los acontecimientos posibles de la vida. (...) Tercero, me parece que esta ascesis filosófica, esta ascesis de la práctica de sí, no tiene por principio el sometimiento del individuo a la ley. Su principio es ligar al individuo a la verdad”.²⁴

Recordemos que en la Edad Media, con Santo Tomás de Aquino y San Agustín, se emprendió una especie de justificación filosófica del cristianismo.

²³ ARISTÓTELES, *Moral a Nicómaco*, Libro Segundo, VI (Biblioteca Filosófica. Obras filosóficas de Aristóteles. Volumen 1. Traducción: Patricio de Azcárate)

²⁴ FOUCAULT M. 1982 *La hermenéutica del sujeto*. Fondo de cultura económica, México. 2006. pp. 315-16.

Para alcanzar la Salvación Eterna, será necesario sufrir en esta vida terrena, sufrir con resignación, incluso con alegría por la seguridad de que tanto tormento tendrá una recompensa.

No se extenderá el tema en el recorrido histórico del uso que se le dio a los conceptos de VICIO y VIRTUD, sino solo ubicarlo en la cotidianidad actual. ¿Cómo llegaron estas consideraciones al mexicano? Sin duda, con la conquista española, ya que el soldado conquistador llegó con sacerdotes misioneros, a difundir poco a poco y las más de las ocasiones con violencia todo lo concerniente a la doctrina cristiana. De alguna manera, la mayoría de los mexicanos de hoy somos lo que resultó de ese choque de culturas, y de la forma de cómo interiorizamos la doctrina religiosa.²⁵

De esta manera, en nuestro contexto social actual, los psicólogos nos insertamos en las mismas construcciones sociales existentes en relación al consumo de drogas. Veamos. Si la adicción es un vicio, entramos al campo de la moral. Desde la moral, el vicio (y por ende el vicioso), se localiza dentro del campo de lo MALO. Existe un juego de equiparación, donde el vicioso es el malo, esta haciendo el mal. ¿Cómo se sitúa aquí el psicoanálisis? Hemos estado hablando de la ética y de la moral. Ante este problema, nos remitiremos al Seminario de Lacan: “La Ética del Psicoanálisis”, de donde se obtienen las siguientes notas, las cuales no hacen sino darnos cada vez más preguntas nuevas:

Desde la apertura del programa de su Seminario (La ética del Psicoanálisis, el 18 de noviembre de 1959), Lacan sostiene que el placer se puede problematizar desde el punto de vista de la tradición Aristotélica, y también desde el descubrimiento de Freud. Ambos son un *parteaguas* en cuanto a la conceptualización del placer. Para Aristóteles, en su ética a Nicómaco, dice Lacan, para él existe la idea de un bien, de un supremo bien. En él subsiste la idea de un orden, así como la de los ideales socialmente privilegiados de lo que debiera ser el Amo. El Amo se desliga del esclavo para dedicarse a la

²⁵ “En el fuego de las penas se funden las almas buenas”, así reza la leyenda colocada en el Santuario de Nuestra Señora del Pueblito.

contemplación. Por ello, Aristóteles habla del problema de diferenciar la intemperancia de lo que sería la virtud del Amo.

Más adelante, Lacan señala que en Freud se observa un “carácter de lo que es una ley particular”. Es la ley del deseo. Wordsworth, poeta romántico inglés, es citado por Freud en la frase: “El niño es el padre del hombre”²⁶. Por ello, es válido preguntarse: ¿Qué es ser adulto?

Pues para Lacan, a partir de Freud se puede progresar en la cuestión ética, ya que “en ella, se articula a partir de una orientación de la ubicación del hombre en relación con lo real”.²⁷

Lacan llega al asunto de lo que es la tensión, es decir, la “oposición (...) entre proceso primario y proceso secundario, entre el principio del placer y principio de realidad”²⁸, y lanza la pregunta: “¿Qué es la felicidad si ella no implica la flor del placer?”. Mientras que para Aristóteles el placer está ligado al bien Supremo, en Freud el placer es, ante todo, un principio de inercia, así como una tendencia a la descarga. No hay que olvidar que para Freud “Más allá del Principio del Placer” está la Pulsión de Muerte.

Ahora bien, ¿es Freud pesimista, al orientar la idea de placer hacia la pulsión de muerte? Por un lado, nos dice Lacan que en Freud la característica del placer se encuentra del lado de lo ficticio: a esto ficticio es a lo que llama “lo simbólico”.²⁹ Por otro lado, la “acción de la moral está injerta en lo real”³⁰ No podemos omitir señalar que la realidad a la que se refiere Lacan es la *realidad psíquica*.

Podemos encontrar que Lacan, en 1959, propone algo similar a lo que enseñaba Foucault en su Curso de 1982: “¿Pues qué buscamos en el análisis si no una verdad liberadora? (...) Esa verdad que buscamos en una

²⁶ LACAN J. 1995. El Seminario. La ética del Psicoanálisis. Paidós, Argentina p. 35

²⁷ Ídem, p. 21.

²⁸ Ídem, p. 37

²⁹ LACAN J. El Seminario. La ética del Psicoanálisis. Op. Cit. P. 22.

³⁰ Ídem, p. 32.

experiencia concreta no es la de una ley superior. Si la verdad que buscamos es una verdad liberadora, es una libertad que vamos a buscar en un punto de ocultamiento de nuestro propio sujeto. Es una verdad particular”.^{31}}}

Lo similar entre ambos, Lacan y Foucault es, desde mi punto de vista, que el individuo puede orientarse hacia prácticas de libertad, estas prácticas de libertad tienen qué ver con el descubrimiento de sí mismo, con el *cuidado de sí mismo*. Parece que en ambos se encaminan ideas orientadoras hacia la búsqueda y localización de la *verdad liberadora*.

De lo anterior podíamos desprender: Primero, que el psicoanálisis no es un artefacto clínico que someta a un punto de vista moral, los modos de vida de los individuos, incluidos en esos modos de vida, el consumo de sustancias tóxicas.

El que un toxicómano se haga preguntas acerca de ese consumo, lo podría llevar a un análisis, donde dispondrá de un espacio apto para preguntarse acerca de sí mismo, de su deseo, de su propia verdad.

3.2. Paraísos perdidos y el Malestar en la Cultura.

H. Heinrich propone en su obra *Cuando la neurosis no es de transferencia*, la metáfora del Paraíso Perdido para explicar lo que puede suceder con el adicto, se trata del relato bíblico del surgimiento del hombre como tal. Ella encuentra varios puntos nodales:

- ♦ A la orden divina de “No comerán del Árbol de la Vida del Bien y del Mal”, Adán y Eva trasgreden, cediendo a la invitación que les hace la serpiente.

³¹ Ídem, pp. 34-5.

- ♦ “Cuando coman de ese Árbol serán como él, como Dios”.
- ♦ Cuando ellos comen del fruto prohibido, se dan cuenta de que están desnudos. “Encuentran la Sexualidad”, dice Heinrich.
- ♦ Dios los castiga sentenciando al hombre: “Ganarás el pan con el sudor de tu frente”. La autora dice: “Al mismo tiempo encontraron la necesidad de trabajo”.
- ♦ Para sellar estas consignas y asegurar que el hombre no volverá al Paraíso, Dios puso dos ángeles que resguardasen la entrada. Así el hombre ni la mujer pudieron volver más a ese Paraíso Mítico.

Lo que sucede con el adicto, dice Heinrich, es una vuelta a encontrar ese Paraíso perdido, eludiendo por completo la imposibilidad la cual tiene la categoría de Ley en el ser humano. Sólo lo han podido hacer a través de la alucinación que les procura la droga: “De cualquier manera, aun si el Paraíso esta perdido y desde siempre, el Hombre soñará con él, con un goce no sometido al *pequeño pipí*. De ahí el éxito ancestral de la droga: presenta un paraíso artificial en el que se reencuentra esa ilusión de inmortalidad, de falta de límite, de independencia del goce fálico”³² .

Es decir, la partir del lenguaje, de la articulación de la palabra es que nos encontramos insertos en una relación con los otros, y a la vez con nosotros mismos. Las relaciones con los otros son relaciones de trabajo, aún las que proporcionan placer. Así, el habla se constituye en un trabajo, en un compromiso de trabajo, en tanto que surge de la necesidad de hacerse notar para alguien y satisfacer necesidades. Así se puede entender el goce fálico, como un goce gobernado por el lenguaje, y por lo tanto por el límite.

³² Heinrich H. Op. Cit. p. 57

¿Cómo se busca eludir esta falta de límite, cómo el sujeto contemporáneo busca afanosamente la idea de inmortalidad? En lo cotidiano observamos la ilusión de inmortalidad en el afán por mantener un cuerpo siempre joven, estético, así como también encontramos señales de la falta de límites en las realidades virtuales de tecnología moderna. Al mismo tiempo, esta ilusión de inmortalidad se enlaza con el poder de la seducción, seducción que opera en el campo del lenguaje.

Es importante el análisis del discurso del adicto. En algunos puntos del discurso, hay que señalar que en algunas partes de su discurso, encontramos la mentira en el paciente con toxicomanía. ¿Qué podemos encontrar en sus mentiras? Maldavsky opina que “La mentira del paciente con estado tóxico pretende evitar que otro, frágil, padezca el dolor insoportable de tener que adaptarse a una realidad exigente.”³³ El dolor ante una realidad frustrante puede no ser soportable para muchos individuos.

Aquí entra en escena la cualidad de FUNCION de la droga: la droga con igual efecto para adictos y no adictos: Heinrich cita a Lacan, quien con motivo de su participación en la Clausura de la Jornada de Carteles, en 1957 reflexiona:

“Todo lo que permite escapar a ese casamiento es bien recibido, de donde resulta el éxito de la droga, por ejemplo. No hay ninguna otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con el pequeño pipí”³⁴.

En otras palabras, si hay una ruptura con el “matrimonio” del sujeto con el “pequeño-pipí”, el goce fálico, se muestra que la alucinación del objeto no encuentra un límite, un cese. En los individuos que no rompen dicho matrimonio, el objeto debe darse por perdido, para hacer el duelo por él, y hacer que funcione el deseo. Puede resultar dramático cómo los caminos clínicos de la ruptura o no del *matrimonio con el pequeño-pipí* estarían indicando la opción o rechazo de una toxicomanía.

³³ Maldavsky D. Op. Cit. p. 29

³⁴ Heinrich H. Op. Cit. p. 57

Le Poulichet también recuerda lo que opina Freud respecto al deseo del sujeto: “Si recordamos la vivencia de satisfacción tal como la define Freud en el Proyecto y en la Interpretación de los Sueños, sabemos que, lo que el sujeto busca, es la identidad de percepción. Cuando alucina el objeto, y se produce una descarga sobre el objeto alucinado, se produce una “amarga” decepción, dice Freud”.³⁵

Por lo tanto, se habla de un “rodeo del deseo”, donde aparece otro que ofrezca su falta al sujeto, pues un elemento muy importante es la instauración de una “ilusión”, que permita al sujeto una oportunidad de poder comparar los objetos de la realidad con el objeto alucinado. Puesto que nunca coinciden, esto realiza el deseo: “Para encaminar al sujeto por el rodeo del deseo, no se trata pues, de que el Otro ofrezca el objeto adecuado, satisfactorio, sino que haga una postración de su propia imposibilidad de proveerlo”.³⁶

Le Poulichet, por su parte, sostiene que es en la abstinencia del adicto donde se anuda una paradoja especial, a saber: es el lugar de la problemática de la alucinación y del dolor. De la alucinación, dice, el esquema freudiano, nos aporta las siguientes nociones:

- ♦ La alucinación no implica la psicosis.
- ♦ La alucinación aporta la ficción de una satisfacción inmediata primaria.
- ♦ El modelo del sueño como una especial percepción alucinatoria, se manifiesta en la situación de abstinencia, específicamente en los pacientes en quienes la ausencia de la droga equivale a la ausencia de un órgano corporal.
- ♦ “Al mismo tiempo, una forma de investidura alucinatoria de la satisfacción parece invalidar todo acto del habla”³⁷

Este aspecto, que parece de vital importancia, sitúa el fenómeno de abstinencia no sólo como mecanismo físico, sino como un proceso psíquico específico.

³⁵ Ídem p. 58

³⁶ Ídem p. 58-59

³⁷ LE POULICHET S. Op. Cit. p. 57

Más adelante, Le Poulichet dice: “Y es sin duda una forma de desvalimiento la que se manifiesta cuando falta el tóxico, como si el cuerpo, en lugar de moldearse en las cadenas significantes, demandara la restitución de un órgano que ‘ligara’ las excitaciones”³⁸.

¿Cómo pensaba Freud el tema de las prohibiciones sociales y sus consecuencias en la psique de los individuos? En “El Malestar en la Cultura”, obra que Freud escribió en 1929, se habla de cómo el sujeto puede llegar a tener algo denominado “sentimiento yoico”, es decir, como el sujeto puede hacer una distinción entre lo interno y lo externo, es decir, la constitución de un AFUERA.

Al principio de la vida anímica solo hay sensaciones, solamente estamos dotados de lo que genéticamente nos hereda nuestra especie humana. Entonces no hay juicios ni valores, así como tampoco existen los sentimientos de placer y/o displacer. Por lo tanto el niño (Freud, como lo veremos mas adelante, toma desde siempre el arquetipo del niño), el bebé comienza a conocer paulatinamente, proceso que implica que al principio no hay diferencia adentro del afuera, en sus propias palabras: “...originariamente el yo contiene todo; mas tarde segrega de sí un mundo exterior”³⁹

Freud lo explica así: “Una posterior impulsión a desasir el yo de la masa de sensaciones, vale decir, a reconocer un ‘afuera’, un mundo exterior es la que proporcionan las frecuentes, múltiples e inevitables sensaciones de dolor y displacer, que el Principio del Placer, amo irrestricto, ordena cancelar y evitar”⁴⁰.

Al enfrentar el bebé toda la serie de frustraciones que implica la espera del alimento, de los cuidados especiales, experimenta sensaciones displacenteras. De esa manera: “Nace la tendencia (...) a formar un puro yo-placer”⁴¹

³⁸ Ídem.

³⁹ FREUD, S. 1979. El Malestar en la Cultura, en Obras Completas. T. XXI. Ed. Amorrortu, Argentina, p. 68.

⁴⁰ Ídem.

⁴¹ Ídem.

A partir de los sentidos y de “una apropiada acción muscular”, se “aprende” un sistema de diferenciación de lo interno y lo externo. Pues el afuera es vivido como ajeno, amenazador. Con tal diferenciación “se da el primer paso para instaurar el principio de realidad, destinado a gobernar el desarrollo posterior”⁴².

En otras palabras, lo que conocemos como AFUERA viene desde dentro. El yo-placer surge como una necesidad por alejarse de este *afuera* que es completamente displacentero. El principio de realidad surge a partir del principio del placer. Lacan en su seminario “La ética del Psicoanálisis” de 1959-60, dirá que: “la acción moral (...) esta injerta en lo real”⁴³, partiendo de este supuesto freudiano de que lo real surge desde dentro.

Ya antes los filósofos griegos (entre ellos algunos sofistas), específicamente Protágoras de Abdera, habían afirmado: “el hombre es la medida de todas las cosas”⁴⁴. solamente que, en medio de la búsqueda por el orden y la razón, no contemplaron la causa y el lugar de lo que “se cuele”, “traiciona al ser humano”, Lacan por ejemplo, se pregunta ahí en el mismo lugar donde Aristóteles ubica la intemperancia.

Freud se pregunta “¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir, por su conducta, como fin y propósito de su vida?”, para responderse: “...quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla”⁴⁵.

Y sigue: “Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y otra negativa: por una parte quieren la ausencia de dolor y de displacer; por la otra, vivenciar intensos sentimientos de placer. En su estricto sentido literal ‘dicha’ se refiere sólo a lo segundo”⁴⁶.

⁴² Ídem

⁴³ LACAN J. **El Seminario. La ética del Psicoanálisis**. Op. Cit. p. 32

⁴⁴ DE AZCÁRATE, P. Madrid 1875, tomo 10, páginas 305-308 Protágoras: “*El hombre es la medida de todas las cosas, de las que son en cuanto que son y de las que no son en cuanto que no son*”.

⁴⁵ FREUD S. *El Malestar en la Cultura*. Op. Cit. p. 76.

⁴⁶ Ídem.

La última acepción, la búsqueda de la experiencia de intensos sentimientos de placer, según Freud, “solo es posible como un fenómeno episódico”⁴⁷.

De los métodos o “camino” para encontrar la dicha, Freud enumera los siguientes:

- ♦ La soledad (una protección hacia los otros).
- ♦ Que la humanidad pueda someter a la naturaleza: “se trabaja con todos para la dicha de todos”.⁴⁸
- ♦ “El método más tosco, pero también el más eficaz para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación”⁴⁹
- ♦ La sublimación, la cual, sin embargo, “no es universal”, así como tampoco es siempre efectiva.⁵⁰
- ♦ La fantasía.⁵¹
- ♦ Y luego, la ruptura con la realidad (la psicosis).⁵²
- ♦ Amar y ser amado (lo cual también trae consigo múltiples desavenencias)⁵³
- ♦ El aprecio de la belleza, de lo estético.⁵⁴
- ♦ La neurosis como, satisfacción sustitutiva.⁵⁵
- ♦ Al final, en una nota a pie de página agregada en 1931, Freud menciona también el narcisismo.⁵⁶

Por lo tanto, la dicha equivaldría a la SATISFACCIÓN PULSIONAL. También comenta: “Nuestra vida anímica normal presenta oscilaciones que van de una mayor a una menor dificultad en el desprendimiento de placer, paralelamente a las cuales sobreviene una receptividad reducida o aumentada para el displacer”⁵⁷.

⁴⁷ Ídem.

⁴⁸ Ídem, p. 77

⁴⁹ FREUD S. **El Malestar en la Cultura** .Op. Cit. P.77

⁵⁰ Ídem p. 79

⁵¹ Ídem p. 80

⁵² Ídem p. 81

⁵³ Ídem p. 81-82

⁵⁴ Ídem p. 82

⁵⁵ Ídem p. 84

⁵⁶ Ídem

⁵⁷ Ídem p. 78

Freud vuelve a hacer una referencia al tema de las sustancias tóxicas: “Bien se sabe que con la ayuda de los ‘quitapenas’ es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación”⁵⁸

Por lo tanto Freud, no deja de advertir el carácter “peligroso y dañino” de las sustancias embriagadoras: “En ciertas circunstancias [estas] son culpables de la inútil dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos”⁵⁹ (Idem).

Es decir, para Freud el consumo de drogas no tiene otro significado que el de ser uno de los caminos que nos procurarían la dicha en nuestra cultura, teniendo en cuenta que la vida en la cultura (la vida social) implica una constante renuncia pulsional, y por lo tanto, constituye un permanente MALESTAR. Ni siquiera el amor salva al hombre de dicho malestar.

Y no es que sea inadecuado el discurso explicativo ni el propósito del objeto de incidir en la detención del consumo de sustancias tóxicas. Sucede que son múltiples y complejas las condiciones en las que surge el problema, a saber:

- ♦ Una oferta que va en aumento, pues con las llamadas drogas de diseño se amplía cada vez más el abanico de la oferta en el mercado.
- ♦ Los aparatos de control muchas veces se ven coludidos con los productores y distribuidores de la droga.
- ♦ La oferta toma la forma de una invitación ‘casera’, pues es importante tomar en cuenta el hecho de que los primeros consumos (alcohol, tabaco) se dan generalmente en casa.
- ♦ La violencia intrafamiliar, lejos de disminuir, apenas es señalada o denunciada, por lo que el consumo de drogas se ofrece al menor como la única vía de apaciguamiento u olvido momentáneo.
- ♦ El lugar que ocupa el fenómeno salud-enfermedad mental es un lugar de mito, de donde tenemos que a finales del siglo XX aun hay mucho miedo (y soberbia) que impiden pensar la cuestión llamada enfermedad mental.

⁵⁸ Ídem
⁵⁹ Ídem

- ♦ La pobreza extrema en la que viven millones de personas en México constituye también una forma de ‘malestar’ y sufrimiento. De hecho, Freud lo menciona en su MALESTAR, la indigencia como una forma de sufrimiento que viene del exterior, pues no permite satisfacer las necesidades más elementales.
- ♦ La mayoría de los consumidores comenzaron dicho consumo al comienzo de su adolescencia, de donde tenemos que también se complica el inicio a la droga con una etapa como la adolescencia, que según algunos autores, constituye en si misma una etapa crítica.

Ahora bien, ¿Cómo se forma el dispositivo de escucha para el toxicómano que acude en busca de la cura ante el consumo? Un concepto que nos puede dar dirección sobre tal dispositivo terapéutico es la ABSTINENCIA,

¿Qué es la abstinencia? ¿Por qué es importante este concepto en psicoanálisis y en el campo del tratamiento de las adicciones?

En primer lugar, es importante mostrar que hay dos actores de la abstinencia, cada cual en un escenario distinto. Por un lado, el analista o psicólogo. En Amor de Transferencia, y luego en Consejos al Médico, Freud advierte sobre la manera en que se conducirá el terapeuta con respecto al paciente: nada de sus emociones, actitudes o preceptos pueden intervenir en el curso de la cura. Ante las señales de transferencia, el analista estará “entrenado” para no ceder a la seducción que invita a la actuación en la dirección que fuere. Por otro lado, el paciente, específicamente el paciente toxicómano, tiene frente a sí un reto: pasar por el síndrome de abstinencia, ese dolor ante la frustración por el anhelo de lo prohibido.

Si el término de abstinencia se tomase en este caso como una virtud, a la manera de los filósofos estoicos (y no desde el punto de vista cristiano, como una imposición de *renuncia a sí*), entonces estaríamos comprendiendo que para la cura se requieren dos posiciones muy importantes de los actores:

Por un lado, el analista se verá despojado de su incidencia sobre el proceso de cura, de su bagaje los instrumentos de contemplación del mundo, incluido su posición de saber. Pues la escucha atenta del paciente (toxicómano o no) significa la escucha de un deseo por ser liberado, por ser dicho. Y para no obturar el camino del deseo, el analista no puede ser sino abstinente.

Por otro lado, por cuanto toca al analizante si es que llega a un escenario especial, donde su verdad particular pueda ser dicha, donde encuentre un deseo por subjetivarse, entonces podríamos pensar que se encuentra en un camino del cuidado de sí, emprenderá su propio camino hacia su verdad liberadora.

Por cuanto toca a las instituciones llamadas de salud mental; es fundamental reflexionar y tener muy en cuenta el papel de la misma institución muchas veces como resonancia del imperativo social de “disminuir” o “erradicar” las adicciones de la población, sobre todo de la población joven. Tal como hemos visto, el panorama de contemplación de la cura es distinto, para lo cual se hace necesario tomar caso por caso, teniendo así mismo mucho cuidado de no alejarnos de nuestro papel de abstinentes.

4. SOBRE EL PROBLEMA DE OBJETO.

4.1 Cuerpo y Ley.

¿Qué es lo que podríamos anotar clínicamente como propio de la elección del consumo de drogas como “camino” de resolución de vida? ¿No es acaso una apuesta por no abandonar el paraíso, lugar de la alucinación de la extensión, en otras palabras, el lugar de la no-castración?

Tenemos que los sujetos percibimos de una manera muy particular la realidad, entendiendo por ello la percepción de “trozos de la realidad”.

¿Cómo se ‘pierde’ la sensorialidad? ¿Cómo se da esta ‘desestimación’ de la realidad? Me parece que en este punto Rodríguez converge con H. Heinrich, cuando nos habla sobre la regresión desde Freud: durante el sueño, por ejemplo la regresión alcanza “el polo perceptivo, donde se produce la alucinación del sueño”⁶⁰

En la vigilia, la huellas mnémicas son el límite de dicha regresión, Heinrich dirá que: “...es superando estas huellas mnémicas que operan las sustancias alucinógenas. El éxito de la droga radica en este caso, en que permite avanzar en forma regrediente, hacia el polo perceptivo provocando el encuentro alucinado con el objeto”⁶¹

Mas adelante, Heinrich afirmará: “Las más de las veces, no es un síndrome de abstinencia químicamente explicable, sino que, de lo que el sujeto DEPENDE es de un remedio que calme el dolor producido por la falta de deseo”⁶².

Esta nota al pie resulta importante: ¿Puede alguien sufrir por no tener deseo?

⁶⁰ Heinrich H. Cuando la neurosis no es de transferencia. Op. Cit. p. 59

⁶¹ Ídem.

⁶² Ídem p. 60

La misma autora nos remite al texto de Lacan “Subversión del Sujeto y Dialéctica del Deseo en el Inconsciente Freudiano” de 1960, en el cual se encontró lo siguiente:

Al referirse al inconsciente, y ya que éste está estructurado como lenguaje, Lacan hace alusión a la función del corte en el discurso del sujeto: “Este corte de la cadena significativa es el único que verifica la estructura del sujeto como discontinuidad en lo real. Si la lingüística nos promueve el significante al ver en él el determinante del significado, el análisis revela la verdad de esta relación al hacer de los huecos del sentido los determinantes de su discurso.”⁶³

En ese mismo capítulo, Lacan indica que existe una relación entre verdad y saber. Así como una relación entre el objeto y el cuerpo: “...la relación del objeto con el cuerpo no se define en absoluto como una identificación parcial que tuviese que totalizarse en ella, puesto que, por el contrario, ese objeto es el prototipo de la significancia del cuerpo como lo que está en juego del ser”⁶⁴. De esta manera, **somos** también porque tenemos un cuerpo, porque el cuerpo esta injerto en el campo del inconsciente, y por lo tanto en el campo de la palabra. El cuerpo es una condición que nos da el ser. “Pues el psicoanálisis implica por supuesto lo real del cuerpo y de lo imaginario de su esquema mental”⁶⁵

Es en y por el juego de significantes que el hombre se diferencia de los animales: el animal no engaña, el hombre sí. “...es claro que la Palabra no comienza sino con el paso de la ficción al orden del significante y que el significante exige otro lugar –el lugar del Otro, el Otro testigo, el testigo Otro que cualquiera de los participantes- para que la Palabra que soporta pueda mentir, es decir, plantearse como Verdad. El Significante no es el Otro, pero está en el mismo lugar, el lugar de donde brotan las palabras.

⁶³ LACAN J. Escritos 2 1991. Capítulo 7: Subversión del Sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. Siglo veintiuno editores, México p. 781

⁶⁴ Ídem p. 782

⁶⁵ Ídem p. 783

En la Palabra, encuentra Lacan la relación entre realidad y verdad: “Así, es de un lugar otro que la Realidad a la que concierne de donde la Verdad saca su garantía: es de la palabra”⁶⁶. Se trata de una *estructura de ficción*. Es una estructura de ficción en tanto que lo que el sujeto dice con sus palabras, surge desde y para el otro.

Posteriormente Lacan retoma de nueva cuenta la pregunta sobre el cuerpo. También sobre el cuerpo recae la pregunta: *Che voi: ¿Qué quieres?* o mejor dicho *¿Qué me quieres?* “La delimitación de la misma ‘zona erógena’ que la pulsión aísla del metabolismo de la función (el acto de la deviración interesa a otros órganos aparte de la boca, pregúntenselo al perro de Pavlov) es el hecho de un corte favorecido por el rasgo anatómico de un margen o de un borde...”⁶⁷. Podría decirse que nuestro cuerpo es a nivel imaginario (de imagen), un límite, nuestra piel es un borde.

En este punto, Lacan renueva la pregunta: ¿Qué soy? Responde: “Soy en el lugar donde se vocifera que ‘el universo es un defecto en la pureza del No-Ser’”, citando a Paul Valéry.⁶⁸ Soy en donde hay palabras, palabras cuya estructura es de ficción. Puntualiza: “...ese lugar hace languidecer al Ser mismo. Se llama goce, y es aquello cuya falta haría vano el universo.”⁶⁹

Esta reflexión le permite remitirse al Goce del Pecado Original, la culpa sobre el YO: No puede haber goce, y no es (solamente) por una sociedad mal arreglada, sino por la existencia del Otro: “A lo que hay que atenerse, es a aquel goce que esta prohibido a quien habla como tal, o también que no puede decirse sino entre líneas para quien quiera que sea sujeto de la Ley, puesto que la Ley se funda en esa prohibición misma”⁷⁰.

Es por la marca de la falta, por el objeto a que queda establecido un goce faltante y esa falta viene a convertirse en la causa de deseo. ¿Qué lugar tiene

⁶⁶ LACAN J. **Escritos 2**. Obra citada, p. 786.

⁶⁷ Ídem p. 797

⁶⁸ Ídem p. 800

⁶⁹ Ídem

⁷⁰ Ídem p. 801

el cuerpo cuando no alcanza la subjetivación, subjetivación dotada por el deseo?

Si el cuerpo es “Templo de Dios” (S. Le Poulichet), cuando ese “Templo” es profanado por ‘comerciantes’, es decir, se convierte en un valor monetario, entonces ya no hay lugar para el misterio. El cuerpo como “Templo” es el lugar del misterio.

Es un lugar semejante al que ocupa la Cosa en el sentido de que alrededor del cuerpo se organizan los diferentes tipos de pulsiones, en principio la pulsión de muerte también estaba implícita, impregnada en el cuerpo, pues cuando la persona muere, aparece en la escena el aniquilamiento paulatino del cuerpo, pero también de la subjetividad, donde se dice que hay un paso a lo irreal, donde ya no tiene sentido ni continuidad el juego de significantes.

Sobre la Cosa Lacan hace una comparación cuando hace referencia al Frasco de Mostaza en 1960:

- ♦ El frasco como objeto, “una creación humana”, un significante creativo.
- ♦ Un vacío envuelto por los límites del frasco, que no es vacío sino por la acción misma del significante, y
- ♦ Dicho vacío posibilita que el frasco sea llenado de algo (de mostaza) teniendo como destino “desparramarse y perderse de modo irremisible”.

Somos, pues, en tanto que continente, cuerpo, frasco, en el cual hubo míticamente algo pero que luego, vaciado, será llenado con otras sustancias. Y al mismo tiempo, del cuerpo y por medio de él, saldrán otras cosas: heces, orina, pero también palabras.

Tal es el sentido de “La Máquina”. El concepto máquina proviene del latín *machina*: “conjunto de piezas proyectadas y armadas para que funcionen juntas a fin de realizar un trabajo útil”⁷¹, pero también es conceptualizada como

⁷¹ Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Selecciones del Reader’s Digest T. T7 p. 2331

“Aparato destinado a transformar, transmitir o aplicar el trabajo de una fuerza”⁷². Son conceptos propios de la máquina:

- ♦ Trabajo motor, conocido también como potencia
- ♦ Trabajo resistente
- ♦ Ley de equilibrio

Son maquinas simples: rueda, polea, palanca, torno, plano inclinado, tornillo, cuña, balanza y péndulo. Son maquinas compuestas: polipastos y engranes. Parece ser que la historia de la civilización contiene en sí el desarrollo de la máquina.

La idea del cuerpo como máquina se debe a Descartes, quien en 1637 en la quinta parte de su Discurso del Método suponía “que Dios había formado el cuerpo de un hombre semejante a nosotros, tanto en la figura exterior de sus miembros como en la conformación interior de sus órganos, sin que entrara en su composición otra materia que la que ya he descrito y sin animarle con un alma racional”⁷³. La primera idea es, pues, la creación del hombre por parte de Dios

Luego precisa: “La industria construye máquinas que se mueven empleando pocas piezas en comparación con la multitud de huesos, músculos, nervios, arterias, venas, etc. Si consideramos el cuerpo como una máquina, hemos de venir a la conclusión de que es mucho mas ordenada que otra cualquiera y que sus movimientos mas admirables que los de las máquinas inventadas por los hombres, puesto que el cuerpo ha sido hecho por Dios”⁷⁴. La diferencia básica en Descartes, consiste en que las máquinas no podrán hacer uso de palabras o signos que designen los pensamientos; por supuesto, él se refiere a los pensamientos dictados por la razón. Tampoco la máquina podrá tener

⁷² Enciclopedia Universal Grolier Ediciones Danae México, 1972. T. 3 p. 1327.

⁷³ DESCARTES R. Discurso del Método, Porrúa, México, 1999. p. 27.

⁷⁴ Ídem, p. 31

conciencia sobre sus actos. Para Descartes se trata de una doble imposibilidad moral.

El término de La Máquina, adquiere mayor relevancia con la Revolución Industrial, en la Inglaterra del siglo XVI, cuando el sistema religioso a nivel mundial dislocó una parte importante del pensamiento y del sentir al mundo, a la realidad, y a Dios mismo. El resultado del enfrentamiento del hombre con el paradigma Dios fue la Máquina, producto del desarrollo del pensamiento puesto en palabras.

Y es que únicamente las palabras nos “salvan” de ser sólo Máquina. No es una salvación que signifique autonomía; hay un dueño de la máquina, un Amo, el gran Otro entra en escena para hacernos comprender que el artefacto, la máquina, no nos pertenece. La máquina es prestada, en un juego de ficción, pues el Yo, que tiene en préstamo la máquina, se presentifica como el contenido del frasco, el contenido del cuerpo, que va mas allá de las vísceras y los huesos.

No podemos sino hacer referencia al mito cristiano del cuerpo “Entonces Yahvé Dios formó al hombre con polvo disuelto, e insufló en sus narices aliento de vida, y resultó el hombre un ser viviente”⁷⁵. En el mito de la creación, Dios hace al hombre de barro y le da su aliento divino. Los filósofos cristianos apostarán siempre al alma del hombre en tanto reservorio del aliento de Dios. El punto que ellos resaltan es que el ser humano esta hecho a imagen y semejanza de Dios.

Sin pretender hacer una transición lineal de los anteriores conceptos hacia algunas ideas de Freud, encontramos sin embargo, que en el aparato psíquico aparece el polo motor, por un lado y por otro, lo que se conoce como el polo perceptivo. Es decir, un concepto compartido con la física y la psicología en relación al cuerpo es sin duda el compartido en cuanto al polo motor. Tenemos

⁷⁵ Génesis, (2,7). Biblia de Jerusalén. Editorial Española Decleé de Brouwer, S.A. España, 1975. Pág. 14.

que lo propiamente orgánico, lo motor, se mantiene con sus propias leyes de equilibrio dinámico, el cual sin duda es suficiente para el cuerpo, pero no para el sujeto.

Algo compartido con la máquina es lo motor, pero no la sensorialidad, la cual tiene que ver con la constitución del cuerpo en dos niveles:

- ♦ La necesidad de un límite o frontera entre el afuera y el adentro del cuerpo, dado a partir de la piel y las mucosas, así como de los orificios corporales diversos.
- ♦ La necesidad de crear también una demarcación interna, la cual aparece como hemos visto, como el paso previo al anterior proceso y que sólo se da con un específico uso y ‘transmutación’ de lo sensorial en lo mnémico.

¿Cómo explica Freud las renunciaciones al goce corporal? ¿Por qué el sujeto tiene que renunciar a dicho goce corporal?

En Tres Ensayos de Teoría Sexual, Freud parte del concepto de PULSIÓN: “Por pulsión podemos entender al comienzo nada más que la agencia representante {Repräsentanz} psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo flujo; ello a diferencia de “estímulo”, que es producido por excitaciones singulares provenientes de fuera. Así, “pulsión” es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal”⁷⁶

Es respecto a la sexualidad infantil que Freud comienza a hablar de la represión: “No puede tratarse pues de una desaparición real de las impresiones infantiles, sino de una amnesia semejante a la que observamos en los neuróticos respecto de vivencias posteriores y cuya esencia consiste en un mero apartamiento de la conciencia (represión)”⁷⁷.

⁷⁶ FREUD S. Tres Ensayos de Teoría Sexual Op. Cit. Tomo VII p. 153

⁷⁷ Ídem. p. 159

Tanto el goce oral (unido en el principio a la pulsión de nutrición, a la incorporación), como el área anal (modelo de los componentes crueles de la pulsión sexual en el niño), tienen en común:

- ♦ Estar al servicio en su origen a una pulsión de autoconservación, biológicamente hablando.
- ♦ Ser pulsiones parciales. si no tuviesen ese rasgo de parcialidad, dice Freud, difícilmente podrían desprenderse de su servicio biológico.

En este plano, el chupeteo, el mamar, en fin, la actividad sexual “se apuntala {anlehnem} primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y solo mas tarde se independizan de ella”⁷⁸. Y dice más adelante: “La necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia entonces de la necesidad de buscar alimento”⁷⁹. En cuanto aparece esta necesidad de repetición, es que el sujeto que comienza a des-ser también podríamos ubicar el momento en que “algo” comienza a estar dentro de La Máquina, pero que no es ya la mera Máquina. Sin embargo, este no es todo el proceso.

Freud erige como modelo el chupeteo como valor erógeno: “Si este persiste, tales niños, llegados a adultos, serán grandes gustadores del beso, se inclinarán a besos perversos o, si son hombres tendrán una potente motivación intrínseca para beber y fumar”.⁸⁰

Es curioso como Freud concibe su teoría sexual hablando (aunque sea de paso) del fenómeno de la intoxicación: “En el caso de sustancias venenosas introducidas en el cuerpo desde afuera, ya conocemos una transposición de esa clase en estímulo tóxico en un particular estímulo de órgano”⁸¹. ¿A que se refiere con esta transposición?

⁷⁸ FREUD S. Tres Ensayos de Teoría Sexual Op. Cit. Tomo p. 165

⁷⁹ Ídem

⁸⁰ Ídem.

⁸¹ Ídem p. 196

4.2 Del *cuerpo-como-frasco* al Proceso de Subjetivación.

Hemos visto cómo de la noción del cuerpo se establecen las diversas conjeturas de lo que podría contener el cuerpo, a saber: la razón, el aliento de Dios, la conciencia, etc.

En Freud a partir del concepto de Das Ding, trabajado por él desde su Proyecto⁸², se tiene que:

- ♦ Das Ding es *la* necesidad (“*la cosa del mundo*”), “neurona a”.
- ♦ Es también el objeto, en tanto que perdido⁸³,
- ♦ En su búsqueda (“encarnizada”), el sujeto pondrá su vida y sus energías
- ♦ Aunque nunca se le encuentre, es el eje de la existencia misma.

Freud presenta como un modelo, el de la madre para el bebé.

Es a partir de los conceptos de NARCISISMO y PULSIÓN que Freud comienza a hablar de una diferenciación entre La Máquina y el contenido de la misma. Esto a partir del acercamiento al conocimiento de la sexualidad, es como Freud *dibuja* la frontera entre lo somático y lo psíquico. Veremos que Freud ubicará los trastornos en tanto se comprenda la naturaleza del Yo.

¿Qué ocurre cuando el monto de libido “se retira” sobre el Yo? ¿Por qué enferma el sujeto cuya estructura psíquica “elige” ese destino? Ya no hay realidad que frustra, ya no aparece una captación ni sometimiento a lo que más frustra, que según el modelo del niño, sería la castración. Por eso, dice mas adelante, aparece el delirio de grandeza. O bien, a partir de la frustración se presenta la “hipocondría de la parafrenia”, es decir, no aparece la angustia, sino que en escena sobreviene una lesión de órgano, aparece un “montaje” donde la “máquina” es puro yo, sin otro que la sostenga. ¿Qué hace el sujeto

⁸² FREUD S. [1895] Proyecto de Psicología Amorrortu Ed. Tomo I. p. 373

⁸³ Ídem p. 376

cuando no fantasea, cuando no es eficaz su sueño, en otras palabras, cuando no ocupa un lugar dentro del campo del lenguaje?

Freud se pregunta acerca del cómo y por qué el psiquismo logra “traspasar los límites del narcisismo y poner {setzan} la libido sobre los objetos, entonces enferma. El sujeto, entonces, tiene una gran necesidad de amor. Aparece la noción de elección de objeto. ¿Qué consecuencias tiene que un sujeto tenga acceso a la elección de objeto? Según Freud dos hombres se pueden diferenciar porque: “...uno ha erigido en el interior de sí un *ideal* por el cual mide su yo actual, mientras que en el otro falta esa formación ideal (...), la formación de ideal sería, de parte del yo, la condición de la represión”⁸⁴ ¿Pertenece el toxicómano al segundo caso? Todo indica que sí.

Existe, pues, un movimiento a partir de la represión: el amor hacia si mismo que se experimentó en la infancia (el yo real), recae luego sobre el yo ideal. Este ideal del entonces, se contempla como “una formación del ideal narcisista del yo”⁸⁵.

¿Qué es en Freud el Narcisismo Primario? En su texto Introducción del Narcisismo leemos: “El narcisismo primario que suponemos en el niño, y que contiene una de las premisas de nuestras teorías sobre la libido, es más difícil de asir por observación directa que de comprobar mediante una inferencia retrospectiva hecha desde otro punto. Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (para lo cual un observador desapasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos (lo cual mantiene estrecha relación con la desmentida de la sexualidad infantil). Pero también prevalece la proclividad a suspender frente al niño todas esas conquistas culturales cuya aceptación

⁸⁴ FREUD, S. Obra Citada. Introducción del Narcisismo. Tomo XIV, p. 90

⁸⁵ Ídem, p. 93

hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. *His majesty the Baby*, como una vez nos creímos. Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre. El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padre, que en su trasmudación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza.”⁸⁶

Freud concluye: “El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal”⁸⁷, por lo que en la toxicomanía podríamos pensar en una dificultad de distanciamiento del narcisismo primario, es decir estamos reconociendo un individuo cuya satisfacción no adviene con el cumplimiento de un Ideal del Yo.

Es menester señalar que en esta época posmoderna las personas encontramos un sinnúmero de caminos conducentes a la ilusión del narcisismo primario, haciendo cada vez más difícil el advenimiento del Ideal del Yo.

Posteriormente Freud se dedicará a desarrollar su concepto de PULSIÓN, el cual se encuentra dado por la fisiología, que a su vez trabaja con el concepto de estímulo. Un estímulo surge desde fuera y “es descargado hacia fuera

⁸⁶ FREUD, S. Obra Citada. Introducción del Narcisismo. Tomo XIV pp. 87-88.

⁸⁷ Ídem. p. 96

mediante una reacción”⁸⁸. Siguiendo esta línea de pensamiento, “la pulsión sería un estímulo para lo psíquico”⁸⁹.

Freud refiere que sin duda tienen influencia sobre “el alma” tanto los estímulos como las pulsiones. Freud habla de estímulo pulsional para referirse al efecto de la pulsión propiamente dicha. El estímulo pulsional, afirma, proviene “del interior del propio organismo”⁹⁰. En cuanto al estímulo fisiológico, tenemos que éste tiene una única acción adecuada para su eliminación, se trata de la huída matriz. “La pulsión, en cambio, no actúa como una fuerza de choque momentánea [como ocurre con el estímulo fisiológico], sino siempre como una fuerza constante”⁹¹

Dicho estímulo pulsional también puede ser llamado “necesidad” y lo que lo cancela sería la “satisfacción”. La fuerza constante, o bien, el esfuerzo constante es la manifestación más clara de la necesidad pulsional: “La sustancia percipiente del ser vivo habrá adquirido así, en la eficacia de su actividad muscular, un asidero para separar un <<afuera>> de un <<adentro>>”⁹²

La premisa de la que parte Freud es que el término pulsión parte de la naturaleza biológica y “trabaja con el concepto de tendencia”⁹³. Para Freud la pulsión sería un concepto ubicado en la frontera “entre lo anímico y lo somático”⁹⁴.

El esfuerzo es un factor motor, indica un trabajo que representa una suma de fuerzas. La meta se dirige a la cancelación de los estímulos (la importancia de la función fisiológica de regulación). La fuente, por su parte sería “aquel

⁸⁸ FREUD, S. Obra Citada. Pulsiones y destinos de pulsión. Tomo XIV p. 114

⁸⁹ Ídem

⁹⁰ Ídem

⁹¹ Ídem

⁹² FREUD, S. Obra Citada. Pulsiones y destinos de pulsión. p. 115

⁹³ Ídem

⁹⁴ Ídem Pág. 117

proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado {repräsentiert} en la vida anímica por una pulsión.⁹⁵

Finalmente, el objeto de pulsión “es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta.” Y más adelante plantea “No necesariamente es un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio”⁹⁶.

Parece importante este punto, debido a que se podría hacer la observación de que el toxicómano está en el problema de la elección de objeto. Su objeto es artificial, fuera del cuerpo, pero aparece una tendencia de que eso que esta afuera del cuerpo (la droga) se constituya inmediatamente como un dentro, sería por decirlo así, como una pulsión artificial, cuyo objeto sería también artificial.

Desde estas observaciones, tenemos que el toxicómano correspondería a una búsqueda de la etapa previa al narcisismo, esto es, al autoerotismo, una búsqueda de sensaciones donde no hay límites, no hay adentro ni afuera, y se niegan o dejan de registrarse las sensaciones displacenteras. No aparece el juicio de lo placentero ni de lo displacentero. No es el problema del placer-displacer.

Antes de la palabra, el psicótico. Después de la palabra, el neurótico; y en vez de la palabra el adicto. El adicto, sobre todo, acusa un duelo que no acaba de comenzar: se refiere a un duelo imposible por el cuerpo perdido. ¿Qué le imposibilita hacer este duelo, un duelo que el neurótico logra hacer no sin rasgaduras de ropajes?

Cuando el gran Otro, dice Le Poulichet, se encuentra exento de todo deseo, no hay figura representativa mas clara que el “abrazo de la madre”, una madre que no suelta, que no quiere nada más. Es el goce que lleva directo a la muerte, no es gratuita la metáfora del *abrazo de la Madre Tierra*, pues a ella nos entregamos en el momento de la muerte. Aquí, se puede hablar de la falta

⁹⁵ Ídem p. 118

⁹⁶ Ídem

de eficacia del Nombre-del-Padre, es decir, una castración no ha sido efectuada ni asumida como tal. Lo que se representa es el abrazo materno, en ese goce maldito, del cual el sujeto pretende escapar a través del fármaco. Por esto, a Le Poulichet no le parecerá adecuado el término de farmacodependencia, porque es precisamente la adicción que el sujeto escapará a esa dependencia, una dependencia total al goce de su Otro que es una madre no castrada. Por lo tanto la adicción no remite a una dependencia farmacológica, sino a una dependencia simbólica.

Le Poulichet asegura que en tanto que se trata de un función en la Operación Farmakon, una adicción puede presentarse independientemente del trastorno de personalidad. Así como Maldavsky habla de una "PRESENTACION", al referirse a los cuadros clínicos de toxicomanía, Le Poulichet hablará de diversos MONTAJES. Al parecer ambas referencias nos remiten a una suerte de 'puesta en escena', a modo de máscara, o mejor dicho, a modo de dispositivo escénico.

En esta época posmoderna encontramos múltiples vías de acceso a un mundo más bien representado por imágenes, cada vez más y más carentes de símbolo. Así, el ojo omnipresente indiferente, extraño, se pasea sin necesidad de respuesta a lo largo de las infinitas imágenes del universo virtual.

Así mismo el fenómeno de consumo (de imágenes, de drogas) nos muestra en la actualidad una forma de inercia, de inactividad, donde es fácilmente abrazable la Madre Tierra, cada vez se hace más necesario lo que Foucault⁹⁷ proponía acerca de la conversión a sí mismo, un retorno a sí mismo, en medio de la actual globalización, donde importa la masa y no el individuo.

Así nos lo explica Foucault: "Cuando el cuerpo hace algo es que existe un elemento que se sirve de él, y este elemento no puede ser más que el alma y no el propio cuerpo. el sujeto de todas estas acciones corporales, instrumentales, de lenguaje, es el alma, el alma en tanto que se sirve del

⁹⁷ Michel Foucault. La hermenéutica del Sujeto, Ob. Cit. Clase del 10 de febrero de 1982, p. 203.

lenguaje, de los instrumentos y del cuerpo”.⁹⁸ El cuidado de sí mismo como práctica de libertad se relaciona íntimamente con el conocimiento de sí mismo (el *gnothi seauton*), lo cual según Foucault es la forma platónica de acceso a la verdad. “Para conocerse a un mismo hay que contemplarse en ese elemento que es el principio propio del saber y del conocimiento, es decir, el elemento divino”.⁹⁹

Sin embargo, existe un paso previo, que es *la relación con el otro*: “para que la práctica de uno mismo dé en el blanco constituido por ese uno mismo que se pretende alcanzar resulta indispensable el otro. Tal es la fórmula general.”¹⁰⁰ Para Foucault el otro no es precisamente una persona: “El otro no es ni un educador, ni un maestro de la memoria, ya que no se trata de *educare* sino de *educere*. Este otro que está entre el sujeto y uno mismo es la filosofía, la filosofía en tanto que guía de todos los hombres en lo que se refiere a las cosas que convienen a su naturaleza”.¹⁰¹

Entonces, en Foucault *salvarse a uno mismo* significa liberarse de todo aquello que signifique coacción, todo aquello que le está amenazando y re-encontrar la propia libertad e identidad. El concepto de salvación en Foucault no tiene que ver con las nociones de muerte o inmortalidad, sino con la propia vida del sujeto. Así, propone el modelo Platónico para fundamentar una ética en la actualidad, que contendría los siguientes elementos:

- Reminiscencia
- Conocimiento de uno mismo
- Conocimiento de lo verdadero
- El cuidado de uno mismo
- El retorno al ser.

Aunque el punto de vista de Foucault no encarna al otro en la búsqueda de la verdad sobre uno mismo, es válido y legítimo ubicar dicha búsqueda en el espacio de análisis, toda vez que el sujeto accede a la verdad sobre sí mismo.

⁹⁸ Michel Foucault. Madrid, 1994. La hermenéutica del Sujeto. Ediciones La Piqueta. p. 47

⁹⁹ Ídem, p. 51

¹⁰⁰ Ídem, p. 57

¹⁰¹ Ídem. P. 61

En este sentido, toda vez que el analista se guarda en abstinencia, se puede decir que existe un lugar donde se localiza el proceso de subjetivación, ese lugar es el análisis. En el que no se busca una moral, sino una ética. Aquí también se busca *el cuidado de sí mismo*, como parte de esa ética.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Ha sido divulgada la idea de no forzar al toxicómano a acudir a un tratamiento, ya sea a nivel de consulta externa, como parte de un programa de internamiento. Si el familiar del adicto es quien se presenta a una institución a solicitar apoyo, se le ofrece a él mismo un espacio de escucha, pues es familiar del toxicómano quien hace en un primer momento la demanda de intervención. Dicho espacio de escucha para aquél que se pregunta sobre el consumo de drogas de otro, es importante, toda vez que puede dibujar su propio deseo, así como también diferenciar su deseo del deseo de otro, de su toxicómano. Así pues, existen varios argumentos para el ofrecimiento de ese lugar de escucha para un familiar:

- ♦ La Terapia Sistémica, propone un tipo de terapia familiar en la que se comprende la dinámica familiar como un sistema en el que se conversa sobre los cambios, la posibilidad de las diferentes alternativas de solución.
- ♦ En el nudo adicto-familiar, resulta interesante desde el punto de vista clínico, observar que si el familiar realiza un movimiento de desanudar, esto provoca a su vez un movimiento en el adicto, de tal manera que dicho movimiento puede llegar a representar un cuestionamiento del adicto hacia su consumo, ya que se le plantean preguntas con relación a su transitar por la vida.
- ♦ Lo mas importante de los anteriores movimientos es el análisis de lo que el familiar hace en relación al consumo de su adicto, esto es, revisando las otras caras de los goces en la dinámica familiar, por ejemplo, la madre sobreprotectora, la esposa que “todo lo perdona” y “todo lo cree” (es común escuchar de ellas: *“Por mi amor, él cambiará”*).
- ♦ El análisis de la dinámica familiar del adicto toma en ocasiones la forma de una revisión de una “locura de dos” en cuyo curso del tratamiento, quien realiza movimientos subjetivos y concretos es quien presenta el deseo por hablar.

VIÑETA

Él no estaba decidido si realmente o no quería tener un tratamiento. Venía de Veracruz, donde había dejado a su madre, con quien tuvo un desacuerdo, ya que sus hermanos eran muy demandantes hacia ella. La madre respondía a las demandas de todos los hijos, quedando él furioso, pues esperaba todas las atenciones de ella hacia sí mismo.

Aquí en Querétaro su gran amigo le sugirió que acudiese a un tratamiento por su consumo progresivo de alcohol y marihuana. Acepta.

Estaba sentado enfrente de mí. Su actitud había sido altanera y como esperando que yo lo convenciera de que era cosa buena someterse a un tratamiento. Las piernas estiradas, las manos sobre su nuca y esa sonrisa triunfante de no dejarse seducir por una invitación a dejar las drogas tan queridas.

Él...Pues no tengo nada que decir.

Terapeuta: Entonces nos vemos la próxima sesión.

Regresó y comenzó a hablar de sí mismo.

Podemos observar que en el plano teórico hay aproximaciones para preguntarnos acerca de las toxicomanías. Sin embargo, esperamos quizá ansiosamente el momento de conocer si de verdad existen nuevas y eficaces técnicas de intervención con dichos pacientes. Algunos puntos parecen indicar que una terapia con toxicómanos tiene poco o nada que ver con la técnica psicoanalítica de tipo ortodoxo. Pero ¿estamos entonces ante un campo, el de las adicciones en el que nada tiene que hacer el psicoanálisis propiamente dicho clínicamente hablando?

Posiblemente encontremos una respuesta en la discusión sobre el Método, visto éste como la conexión (o también la vía de acceso mas directa) entre la teoría con la técnica. Si así no fuera, la teoría consistiría tan sólo en una descripción de los elementos que aparece en los cuadros clínicos, así como también se convertiría en elucubraciones que quedarían como un episodio alucinante.

El método psicoanalítico consiste en la Asociación Libre. Se trata de echar a andar la maquinaria de la **atención flotante**. Y es precisamente este “¿qué se le ocurre?” el que, comprende el dispositivo curativo.

Hablar puede ser para el toxicómano, como ya lo vimos, no menos dificultoso que para cualquier otro sujeto. En el juego de la Atención Flotante aparecen por lo menos dos personas: el psicólogo y el paciente. Nos podemos referir a que existe una demanda de atención en el momento en que el consumidor de drogas se formula pregunta sobre sí mismo. Dichas preguntas pueden ir dirigidas a una Institución o bien hacia un Analista, momento crucial en el que el espacio de escucha de su deseo (o lo que podría convertirse en ello), previo cuidado sobre la abstinencia, será entonces lo que posibilite subjetivar un cuerpo que se encontraba sin el ropaje simbólico, es decir, sin palabras.

- ♦ Cuando hay preguntas sobre el *sí mismo* se abre el camino para acudir ante quien el individuo dotará de un supuesto saber, alguien con quien comenzará el diálogo analítico, en otras palabras, con la pregunta inicia la transferencia, con cuyo análisis se encaminará la cura.
- ♦ Si la palabra articulada se muestra como un acto *cuasi* imposible, por un Complejo de Castración no instalado, es válido considerar vías alternas y/o previas, al trabajo analítico, vías que inviten a la pregunta sobre sí mismo. Estas vías las constituyen el acompañamiento terapéutico, el trabajo de escucha del familiar del paciente, las clínicas de desintoxicación, inclusive la integración de la persona a los grupos de alcohólicos y drogadictos anónimos.
- ♦ Por lo anterior es que, a modo de conclusión, es importante que en la Red social existan y se sigan cultivando los espacios de escucha personalizada, donde el individuo tenga acceso a los dispositivos que le facilitaran su proceso de subjetivación.

- ♦ Dentro de la propia institución, se requieren los espacios de presentación y supervisión de casos, pues es fácil introducirse en el quehacer administrativo institucional, desde donde es complejo

mantener y manejar otro tipo de lecturas clínicas, en este caso, desde el psicoanálisis.

Siendo el Método ese espacio "intermedio entre la teoría y la práctica, es necesario observar cuán lejos estamos cuando por un lado tenemos todo un bagaje de teoría psicoanalítica, y por otro, en la práctica encontramos que nos acercamos más a lo que serían distintos tipos de psicoterapia, al menos, esto a nivel institucional.

Es necesario que este tipo de nudo imposible sea resuelto a través del Método. De donde resulta la importancia de que el "Hable" no sea un imperativo, sino un encuentro con una escucha atenta, con aquel que no dará direcciones para caminar, sino que se presente a sí mismo como alguien con quien hablar.

En realidad, como "montaje" o "presentación", invito a pensar que la adicción tiene un punto de anclaje, de posibilidades de intervención, aun cuando se trata de pacientes narcisistas, esto a nivel del manejo de la transferencia. Es necesario que el terapeuta entre en este "dispositivo escénico" pero de diferente forma que el adicto, es como si por así decirlo, se pusiera una *máscara* para enfrentar una "representación". Entonces el encuentro con un adicto, en el dispositivo de intervención se torna en una *representación*, como una forma simbólica más compleja y de relación con un otro, y no en una *presentación*, donde no hay palabras, así como tampoco dicha relación con otro.

Se trata de ir formando un borde que posibilitará la aparición de palabras. Definitivamente, no estamos en el campo analítico propiamente dicho, es decir, será necesario que el terapeuta logre que el paciente adicto lo perciba como una imagen de otro, sólo entonces el adicto podrá hacerse la pregunta: "¿qué me quieres?".

Resulta de vital importancia el preservar, promover y aumentar los espacios de escucha personalizada con los que podemos contar en la comunidad. En el ejercicio del *cuidado de sí mismo*, es decir, en la búsqueda de la verdad subjetiva, particular, de cada persona, así como también el llegar a tener un

proyecto de vida con qué entusiasmarse, a través de ello se conservará la tarea simbólica que nos hace sujetos participantes en el *arte de vivir*.

A veces los espacios de escucha son institucionales, tal es el caso de los servicios que en materia de psicología en Querétaro brindan las Centrales de Servicios a la Comunidad adscritos a la Universidad Autónoma de Querétaro, CESECO, los Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF Estatal y Municipales, el Centro Comunitario de Salud Mental de la Secretaría de Salud, CESOSAM, la Coordinación de Atención a la Víctima, el Centro de Integración Juvenil A.C., entre otros.

Si bien aquel que acompaña a una persona en su transitar histórico en busca de sí mismo se puede encontrar en la figura de un maestro, un amigo, inclusive un director espiritual, es necesario también dar relevancia al trabajo que se realiza en el campo clínico, en donde se han de observar con mayor detenimiento los siguientes componentes del estar-ahí-para-escuchar:

En primer lugar, el reconocimiento de que el deseo del propio individuo por dar respuesta a las preguntas que sobre sí mismo se formule será un elemento importante para dar consistencia al dispositivo abstinerente. Es el caso muy particular, en el campo de las adicciones, es relevante resistir la seducción de no colocarse en un lugar de poder, de presunta sabiduría ni de revestimiento moral. Pues de ser así aparecerá la palabra del que impone desde diversos puntos, sus propios ideales.

Es cierto que las miradas sobre el consumo de drogas son varias y diferentes, así como también observamos que la mayoría constituye un punto de vista de rechazo a tal consumo y habituación, toda vez que se reconocen sus efectos negativos sobre la salud pública.

Sin embargo, el punto de vista del psicoanálisis sobre los usos del cuerpo, no puede circunscribirse al papel de juez ni de árbitro, toda vez que el objeto del trabajo analítico es que el individuo tenga acceso a su propia verdad, estamos hablando aquí de una verdad particular. El paso previo para dar inicio a la

búsqueda de la propia verdad sería que el aspirante se formulara preguntas acerca de sí mismo, preguntas particulares. El trabajo analítico inclusive, tampoco puede estar atravesado por el deseo de una institución para lograr tales o cuales objetivos, con independencia del analizante.

Los “escuchantes” o psicólogos con orientación analítica habremos de cuidar y cultivar nuestra tarea de abstinentes, de tal forma que los espacios propios de análisis, grupos de estudio y las reflexiones con el grupo de trabajo, podrán asegurar que se está brindando esa escucha realmente atenta.

Ciertamente, nuestra tarea es delicada. De dicho trabajo con la psique o alma de otros, cualquiera podría pensar que “sólo se trata de estar ahí”, sin embargo es un trabajo complejo, aunque se trate solamente de “estar-como-muerto”. Pues la terapéutica que posibilita dirigir la cura de tal forma que un individuo llegue al encuentro con su propio deseo, llama a prestar atención al establecimiento de límites, lo que no significa imponer tal o cual estilo de vida.

En medio de los elementos que son pura imagen, carentes de simbología útil para el cuidado de sí mismo, presentes en múltiples espacios sociales actuales, probablemente resulta más urgente que el individuo encuentre los escenarios óptimos donde el hablar lo acerque más a su naturaleza humana, la del *casamiento con el pequeño-pipí*, pues de este matrimonio *estamos hechos* los que simbolizamos. Sin límites entramos al campo del narcisismo primario, el mismo campo del delirio de totalidad, la ilusión de la inmortalidad.

De lo anterior se desprende que los psicólogos con orientación analítica y analistas propiamente dichos, se ocuparán de hacer de su trabajo una ética, no una moral. Donde lo moral sería una permanente vigilancia acerca de lo *bueno* y lo *malo*, una obsesiva observancia de los ideales de unos sobre los de los otros. De ello ya tenemos bastantes discursos.

En cambio, ¿qué es lo ético? Abrir caminos para la subjetivación, ocuparse de uno mismo, tal como lo proponía Sócrates, para facilitar el acceso a las verdades particulares, *verdades liberadoras*.

BIBLIOGRAFÍA

Barchetti, I. 1988 (compiladora) *Estudios sobre drogadicción*. Argentina, Lugar Editorial.

Baudelaire, Ch., 2000. Los paraísos artificiales. El soleen de París. Tomo II. Colección los poetas de la banda eriza. México, Editorial Letras Vivas.

Baudillard, J. 2001. De la seducción. Ed. Colección Teorema Serie Mayor. 9ª edición. Ed. Cátedra. Madrid,

Benitez, F. 1968. En la tierra mágica del peyote. Ediciones Era. México,

Bercovich, S. 2001. ¿Una erótica del poder? Foucault actualizado en el diálogo Allouch-Bersani en Me cayó el Veinte No. 4 La dimensión de la Pérdida. Editorial psicoanalítica de la letra, A.C. México.

Donghi, A., y otros (compiladores) 2005. Cuerpo y Subjetividad. Variantes e invariantes clínicas. Editorial Letra Viva. Argentina.

Donghi, A., y otros (compiladores) 2000. Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar. JVE Ediciones. Argentina.

Escohotado, A. 1998. Historia General de las Drogas. Fenomenología de las Drogas. Colección ensayo y pensamiento. Espasa Calpe. Madrid.

Foucault, M. 2001. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Ed. Siglo Veintiuno. 20ª edición México.

Foucault M. 1994. La hermenéutica del Sujeto. Ediciones La Piqueta, Madrid.

Foucault, M. 2006. *Hermenéutica del Sujeto*. Fondo de Cultura Económica México.

Foucault, M. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Ed. Siglo Veintiuno. México, 2001.

Freud, S. 1979. *Obras Completas*. Amorrortu Editores. Argentina.

- Proyecto de Psicología [1895] Tomo I
- Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]), Tomo I
- La Histeria. 1888. Tomo II
- Tres Ensayos de Teoría Sexual. 1905. Tomo VII
- Introducción del Narcisismo. 1914. Tomo XIV
- Pulsiones y destinos de pulsión 1914. Tomo XIV
- El Malestar en la Cultura 1920. T. XXI

Heinrich, H. 1996. *Cuando la neurosis no es de transferencia*. Colección Clínica en los bordes. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires.

Heinrich, H. 1997. *Borde de la neurosis*. Colección clínica en los bordes. Ed. Homo Sapiens. Buenos Aires.

Lacan, J. 1986. *El seminario La ética del psicoanálisis*. Ed. Paidós. Argentina,.

Lacan, J. 1987. *El Seminario Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Ed. Paidós. Argentina.

Lacan, J. *Escritos I*. 1998. Siglo Veintiuno editores. 16ª. Edición. México.

Lacan, J. *Escritos II*. 1991. Siglo Veintiuno editores. 16ª. Edición. México.

Le Poulichet, S. 1987. *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu editores. Argentina.

Lemaire, J. 1995. ¿Qué sé? El tabaquismo. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Dirección general de publicaciones. Publicaciones Cruz O., S. A. Presses Universitaires de France. México.

Maldavsky, D. 1986. Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones. Amorrortu, Argentina.

Maldavsky, D. 1992. Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias. Amorrortu, Argentina.

Revista Letras Libres. 2000. El poder de las drogas. Revista mensual. Marzo 2000. Año II número 15. México.

Rodríguez, J. A. 1996. ¿Por qué nos drogamos? Del poder y otras adicciones. Estudio psicoanalítico. Ed. Biblioteca nueva. Madrid.