



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**  
**Trabajo Final de Grado**  
**Monografía**

*Adicciones: una revisión desde la perspectiva  
psicoanalítica.*

Estudiante: Luis Guillermo Larrosa de los Santos

C.I.: 4.376.924-1

Docente tutor: Prof. Adj.: María Nelly Rodríguez Ricciuto

Montevideo, 15 de febrero de 2017.

<b>Resumen:</b> .....	3
<b>1. Introducción</b> .....	3
<b>2. Historización</b> .....	4
<b>3. Conceptos de Adicción:</b> .....	8
<b>4. Delimitación de conceptos en toxicomanía.</b> .....	10
<b>Uso, abuso y drogodependencia.</b> .....	10
<b>5. Personalidad desde el punto de vista psicoanalítico.</b> .....	13
<b>La Toxicomanía desde el discurso del psicoanálisis.</b> .....	13
<b>5.1. La toxicomanía como negación de la carencia de objeto</b> .....	14
<b>5.2. La naturaleza objetal/objeto transicional de una adicción</b> .....	22
<b>5.3. La adicción como una manifestación de la falta de habilidad para tolerar los afectos</b> .....	25
<b>6. Mecanismos defensivos puestos en juego.</b> .....	27
<b>7. Perfil psicoanalítico:</b> .....	33
<b>El toxicómano y su discurso.</b> .....	33
<b>7.1. Demanda e Implicación en el tratamiento.</b> .....	35
<b>8. Breve apreciación acerca de la pretensión de abstinencia temprana en el tratamiento de toxicomanías.</b> .....	37
<b>9. Conclusión:</b> .....	39
<b>Referencias bibliográficas.</b> .....	41

## **Resumen:**

Este Trabajo Final de Grado plantea la utilización de la teoría psicodinámica psicoanalítica para el abordaje de las toxicomanías, en el entendido de que se trata de una herramienta que se adecua para su tratamiento, en tanto indaga sobre la naturaleza psíquica del usuario de sustancias psicoactivas y permite el acercamiento a una población situada en el imaginario social en posición de vulnerabilidad, de marginalidad y asociado principalmente a la criminalidad.

Para poder sostener esta idea se hace necesario realizar un recorrido bibliográfico extenso que inicia con los aportes de la teoría freudiana, los cuales son retomados por diferentes autores para desarrollar diversas perspectivas. En primera instancia se repasan concepciones de adicción, así como una delimitación de conceptos en toxicomanía entre ellos uso, abuso y drogodependencia. También se hace referencia a la personalidad del toxicómano desde el punto de vista psicoanalítico.

## **Palabras claves:**

Psicoanálisis, Toxicomanías, Mecanismos defensivos, Abstinencia.

## **1. Introducción**

Este trabajo establece la conclusión de una etapa de formación académica determinada por diferentes motivaciones. En base a esto intento reflejar una problemática que constituyo, en el transcurso del tiempo para quien escribe, una fuente de intercambio y cuestionamientos. La práctica de “Intervención en uso problemático de drogas” se establece como el origen del interés hacia este tema expandiendo el panorama ante esta problemática, dando cuenta de su complejidad a través del estudio del impacto que tienen a nivel social y simbólico las sustancias psicoactivas.

Asimismo el transitar por el proyecto “El mecanismo de renegación en diversas situaciones traumáticas” se convirtió en el pilar fundamental que ha sustentado y posibilitado la producción de este texto brindando el aporte teórico para su redacción. El mismo constituyó una instancia privilegiada de puesta en juego de saberes que se confrontan con una multiplicidad de realidades.

Para abordar esta problemática desde la concepción psicodinámica y entenderla se tornan relevantes los procesos inconscientes en juego, ya que desde la concepción psicoanalítica el síntoma tiene un sentido a develar.

Si se piensa la adicción fuera de esta perspectiva la conducta de consumo es tomada como causa en sí misma y el problema adictivo termina en la idea reduccionista del concepto de voluntad.

Este trabajo se centra en la aserción de aplicar en la práctica la teoría dinámica psicoanalítica, para brindar una respuesta eficiente ante la problemática planteada.

Me propongo también como objetivo secundario la difusión de esta temática y de diversos autores que han hecho grandes aportes desde la teoría psicoanalítica ya que ante la propuesta de redacción de un trabajo con estas características se ha debido sortear los obstáculos que la escasez de aportes teóricos genera.

El recorrido se realiza a través de una investigación de carácter bibliográfico con el objeto de conocer y sistematizar la producción en el área del psicoanálisis y más específicamente sobre el tratamiento de pacientes cuya problemática es el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Este trabajo será de utilidad para recuperar nociones y conceptos así como teorías, metodologías y perspectivas desde las cuales se interrogará al objeto, el cual será investigado. Se trata entonces de un proceso de construcción del mismo. Esta exploración documental trata de elaborar una lectura de los resultados alcanzados en los procesos sistemáticos de conocimiento previos a ella.

## **2. Historización**

Para dar sentido al uso contemporáneo de sustancias psicoactivas, es imprescindible analizarlos en el marco de las representaciones sociales y a la luz de los acontecimientos históricos que los sostienen (Mejías, 2011).

Resulta imposible comprender la temática de la drogodependencia sin antes realizar una evaluación de las condiciones históricas y sociales que hicieron posible que esta emergiera. No es este un tópico nuevo pero si lo es la perspectiva que se tiene actualmente del mismo. Se caracteriza, en nuestros días, por un enfoque interdisciplinario vinculándose estrechamente médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales.

Es permisible el preguntarse, en el entendido de que siempre han existido las sustancias psicoactivas, ¿porque se configura recién hacia la primer mitad del siglo 20 como una problemática social tan grave? También es plausible interrogarnos acerca de la rápida expansión de esta por todo el globo, desde finales del siglo 19 en adelante. De aquí en más intentare trazar algunas líneas sobre los acontecimientos históricos que marcaron una influencia para que dicho proceso acontezca.

Es a partir de principios del siglo 20 cuando la guerra contra las drogas comienza a gestarse, desarrollando y potenciando nuevas subjetividades y puntos de vista en lo que refiere a la percepción social de este fenómeno como problema. Pero ¿qué ocurría unos años antes? Si indagamos aún más atrás en el tiempo, ¿cómo fueron esos orígenes? ¿Cómo llega el ser humano a incluir diversos psicoactivos como herramienta cultural, social, espiritual? Y ¿cómo se llega finalmente al estado cuasi patológico de su consumo?

Si nos remontamos al origen de las civilizaciones encontraremos pinturas rupestres donde se incluyen dibujos de hongos “mágicos” utilizados para entrar en trance. Estos dibujos pertenecen a cavernas con diez mil años de antigüedad. Se especula que desde entonces el ser humano ha tenido contacto con estas sustancias.

Las sustancias psicoactivas también fueron usadas por los egipcios en rituales donde se consumían estas mezclados con alcohol. Hay asimismo antecedentes de la América antigua, se encuentran allí abundante cantidad de psicotrópicos utilizados para entrar en contacto con los dioses, la divinidad. La Ayahuasca es una de ellas, pero la misma tardo miles de años en ser desarrollada. En la actualidad las drogas psicodélicas son las más restringidas, antes eran un símbolo de comunión con la deidad. Diremos entonces que las drogas eran, en todos los casos, placeres en el contexto adecuado.

En la antigua Grecia cultos integrados por filósofos consumían cornezuelo de centeno, bajo sus efectos se llevaban a cabo rituales de iniciación. El mismo fue usado también por Hipócrates, como lo menciona en su interesante trabajo Natalia Salcedo (2015), para procurar un parto menos doloroso. Hipócrates, a través de la razón científica, entendió que determinadas sustancias provocaban un cambio en el cuerpo, la misma podía curar o hacer daño. Aparece el concepto de Pharmakon, de origen griego, utilizado para denominar tanto a las drogas como a los medicamentos. Lo cual conlleva diversos significados, refiriendo a contenidos en tensión “remedio”, “veneno”, “cura” o “droga” entre ellos. Según Mauricio Tarrab (1994) en la Grecia clásica, Pharmakon refería al elixir del banquete sacramental, el vehículo del éxtasis en el

ágape. La sustancia embriagadora, y también mortal. Muy cerca del pharmakon estaba el Pharmakos que designaba a la víctima del sacrificio expiatorio y también el Pharmakois, palabra que designaba a los humanos destinados a ser inmolados cuando afligían calamidades a la Polis.

Los rituales terminaron cuando el imperio Romano se convirtió al cristianismo. Dio inicio la época del juicio moral. Con los romanos aparecen las primeras leyes antidroga. Si el pueblo consumía drogas y de esta manera se encontraba en unión con Dios, ¿para que necesitaba a la iglesia? Se promovió desde entonces que la Fe en Cristo fuera la única experiencia religiosa.

En la época del imperio en altamar a partir del siglo XV se da la confluencia de drogas en el primitivo mundo moderno. Se desarrolla en mayor escala el comercio de opio. Es en base a esta planta que en el año 1803 se consigue la morfina dando inicio a la ciencia farmacológica. Las drogas más peligrosas comenzaron como medicina. Estas eran en ese entonces limitadas en cuanto a lo que hacían sobre algunas enfermedades, lo importante no era curar sino vender el producto.

En 1858, llegan las hojas de coca a Europa. Durante 1860 Albert Niemann describe la operación que permite aislar por primera vez la cocaína. Las farmacéuticas fueron los responsables de sacar al mercado la cocaína y convertirla en sustancia comercial. Es de destacar que hacia el año 1880 la cocaína es incluida en la lista oficial de drogas de la farmacopea de los Estados Unidos. Y es durante ese mismo año que Bentley y Palmer informan acerca del tratamiento del hábito de la morfina por medio de la cocaína en la *Detroit Therapeutic Gazette*. Tres años más tarde Theodor Aschenbrandt cuenta sus experimentos en la aplicación de la cocaína a los soldados. Freud lee su artículo. En abril de 1884, Freud termina "Über Coca", primer artículo de Freud sobre la cocaína.

En el siglo dieciocho la dependencia a las drogas era vista como una pérdida de voluntad humana, pero ya hacia 1880 la adicción se empezó a atribuir a la droga y no al consumidor. Los médicos estimularon este proceso.

Es interesante destacar que en el Uruguay de finales del siglo diecinueve según revela Guillermo Garat en su libro "Marihuana y otras hierbas" (2012) las drogas que hoy conocemos como ilegales se guardaban en los botiquines hogareños y se expendían libremente en las farmacias. Las administraban los médicos y boticarios para calmar un largo listado de síntomas. A su vez, eran utilizadas recreativamente por otros tantos debido a su fácil acceso, algunos por acostumbramiento.

En 1900 la respuesta a la problemática generada por el consumo de drogas se hace por medio de la ley. Hacia 1906 se funda en Estados Unidos la Food and Drugs Administration (Administración de comidas y drogas). En 1914 se prohíbe el uso recreacional de las drogas. Los doctores eran la única fuente de suministro. Cuando se criminaliza la cocaína y la heroína se extiende el mercado negro aumentando proporcionalmente el porcentaje de adictos con antecedentes criminales. Lo que se había considerado medicina era ahora una droga ilegal.

En cuanto al posicionamiento histórico de Uruguay sobre políticas anti drogas se puede afirmar que siempre han estado ligadas al impulso internacional según afirma Guillermo Garat (2013). Se destaca la importancia de los impulsos de Estados Unidos sobre las políticas mundiales anti drogas. En la conferencia de Shanghái en 1909 da el puntapié inicial. Posteriormente en la Convención de la Haya hacia 1912.

Es durante el primer y segundo gobierno de Batlle cuando se establece cierta tolerancia del consumo. Pero durante la dictadura de Terra en Uruguay se radicalizan los discursos frente a las drogas promoviendo la visión degradante del cuerpo y de la moral del consumidor.

En 1938 en Suiza se crea una sustancia poderosa, el ácido lisérgico 25. El cual provoca cambios en la conciencia. Como menciona en su trabajo Natalia Salcedo (2015) este se introduce en algunos tipos de terapia durante la década de los 50. En el mismo se hace referencia a la aplicación del ácido lisérgico 25 como coadyuvante en la terapia psicoanalítica, la sustancia es introducida sobre todo en el tratamiento de trastornos de ansiedad y neurosis obsesivas.

Es de destacar que aquí en Uruguay fueron aplicadas técnicas similares en el área de la terapia psicológica. Siguiendo el trabajo de Natalia Salcedo (2015) en Uruguay los estudios presentados por el Dr. Berta y sus colabores en 1961, revelan los resultados de una línea de investigación en psicoterapia denominada "Réve éveillé lisérgico dirigido". La misma consistía en la integración clínica de la técnica psicoterapéutica creada por Robert Desoille llamada réve éveillé dirigé, con la utilización del LSD 25 como agente psicoestimulante. Lo específico del método creado por Robert Desoille es el acceso a través de la imaginación, bajo determinadas condiciones, para luego ser dirigido por el terapeuta de acuerdo a pautas definidas. Más adelante, en 1965, presentaron otro trabajo donde se habían propuesto investigar el valor terapéutico de la técnica. La época dorada de las drogas psicodélicas se da en los años 60 del siglo 20.

Nixon en 1970 aprueba nuevas leyes y crea la DEA organismo encargado de sacar las drogas de las calles. Durante la década de los 80 las leyes se hicieron en ese país aún más estrictas. Bajo el mandato de Ronald Reagan el control tuvo su auge. Aunque un análisis social del consumo demostró que las sobredosis aumentaron y las cárceles estaban llenas. Se dio allí el auge del narcotráfico en los 90. En Uruguay en las décadas de 60 y 70 se centraron en esfuerzos por la represión del consumo. Entre 1972 y 1978 los esfuerzos de control se centraban en la medicalización (internación en Hospital Vilardebó) o por la vía penal. En las décadas del 80 y 90 crece considerablemente el consumo de drogas y la oferta a través del comercio ilícito.

Los lineamientos a partir de 1990 han sido más laxos especialmente en lo que concierne a la figura del consumidor. Durante el gobierno de Jorge Batlle se dota a la Junta Nacional de Drogas con recursos económicos y humanos para instaurar políticas de reducción de riesgo y daños. Y se establece la ley 17.835 determinando un instrumento legal para el combate al narcotráfico. Posteriores legislaciones en la materia se establecieron durante el primer gobierno de Tabaré Vázquez en lo que se vincula con el lavado de activos del narcotráfico y se regulan prácticas en centros y comunidades terapéuticas.

En 2011 la Comisión Especial de Adicciones sugiere se faculte a la Junta Nacional de Drogas para regular el mercado y que a su vez se encuentre a cargo de los estudios en la materia con fines científicos. En 2012 se sanciona la ley 19.172 que permite regular el mercado de cannabis en Uruguay con la creación del Instituto de Regulación y Control de Cannabis. El sistema nacional integrado de salud será el encargado a partir de ese momento de desarrollar dispositivos de prevención del uso problemático de cannabis y dará asistencia a dichos consumidores.

### **3. Conceptos de Adicción:**

Miguel A. Silva Cancela (2013) brinda una interesante definición de lo que es esta problemática, define la *adicción* como un bloqueo en el proceso de individuación y autonomización de una persona, que se expresa fundamentalmente por la puesta en acto, con alguna de las infinitas alternativas de alienación que nuestro sistema social ofrece (sustancias psicoactivas, juego, trabajo, internet, alimentación, etc.), de sus matrices primarias de significación y vinculación tóxica. Estas matrices han sido incorporadas inconscientemente en su grupo primario y entorno social en su proceso

de socialización, por naturalización e incorporación acrítica de códigos sociales, y encuadres institucionales de significado y vinculación. Estas matrices constituyen el inconsciente más basal del psiquismo, pues operan como los encuadres internos sobre los que fluyen los procesos psíquicos, y organizan lo que es significable y pensable y lo que no lo es. En el adicto son restrictivas, simbiotizantes, estereotipadas y rígidas, que impiden o dificultan severamente la generación de espacios instituyentes de intercambio con otros seres humanos que promuevan procesos de subjetivación recíproca.

Silva aporta una perspectiva muy interesante ya que integra aspectos de origen familiar y social destacando la participación de ambos registros en el proceso de significación y vinculación toxica. Haciendo énfasis en la importancia de dichos grupos y del proceso de incorporación que la persona sufre. También establece los procesos a través de los cuales se da dicha incorporación.

Agrega más adelante; todo vínculo alienante con “sustancias”, revela y denuncia una base latente previa de vínculos alienantes con otros seres humanos, un grupo interno inhabilitante y enloquecedor que sigue sometiendo al sujeto a sus códigos, encuadres y guiones imaginarios.

El concepto no drogocéntrico por un lado, permite visualizar la toxicomanía como un punto donde confluyen diferentes factores no limitándose así a reduccionismos como puede ser lo biológico, lo psíquico individual o simplemente una estructura familiar con un intercambio fallido en cuanto a comunicación, vinculación etc.

A modo de brindar una definición para que por contraste se pueda diferenciar la forma en la que se ve una misma temática aportare la visión que tiene el National Institute of Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos “Se define la adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas”. Agregan que “El término *adicción*, tal como lo utilizan, puede considerarse como equivalente a un grave *trastorno por uso de sustancias*, según se define en el DSM-5, de 2013”.

En base a esto podemos destacar la fuerte influencia que tiene lo biológico en cuanto a la visión de este instituto. Lo que posteriormente derivara en una forma de hacer en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la adiciones. Se basa fundamentalmente en los daños que provoca esta enfermedad (considerada por ellos crónica) en el cerebro. También hacen referencia para el tratamiento a la combinación de medicamentos con la terapia cognitivo conductual exponiendo esta como la mejor forma de responder para lograr el éxito en el tratamiento. Se da una clara prioridad al saber médico y a las consecuencias biológicas provocadas por el consumo de drogas así como a los problemas psiquiátricos del sujeto relacionados con las sustancias.

#### **4. Delimitación de conceptos en toxicomanía. Uso, abuso y drogodependencia.**

Ante un primer acercamiento a la temática del consumo problemático de drogas es apropiado diferenciar una serie de conceptos clave en cuanto a la relación sensible y manifiesta del individuo con el toxico (sustancia psicoactiva). Existen notorias diferencias entre lo que es el uso, abuso y la dependencia propiamente dicha, aunque estas tres categorías sean comúnmente confundidas cuando se establece el debate acerca de la temática toxicomaníaca.

En este sentido, la relación de abuso del toxico referirá a un aumento en cantidad y frecuencia en comparación con el simple uso. El mismo puede desembocar en un comportamiento compulsivo que a su vez puede derivar en dependencia. Esto no solo pasa con las sustancias ilegales, se puede dar en circunstancias donde un sujeto tome más de la dosis indicada para aliviar un padecimiento. Para enmarcar la dependencia diremos que se da cuando existe una necesidad, mental o fisiológica, por consumir una sustancia.

Para definir la escala de gravedad del consumo de sustancias psicoactivas se seguirán los criterios elaborados por Luis Schnitmann (1995) el cual la divide en cuatro niveles. Como primer nivel de gravedad del consumo: *uso de drogas*. El segundo nivel de gravedad: *abuso de drogas*. Tercer nivel de gravedad de gravedad: *drogodependencia de primer grado*. Cuarto nivel de gravedad de gravedad: *drogodependencia de segundo grado*.

En la perspectiva de Schnitmann (1995) el uso de drogas se desarrolla cuando no existe daño, se considera de esta manera ya que no provoca deterioro funcional en

quien consume. Este tipo de uso de sustancias psicoactivas se encuentra mejor abordada desde el ámbito de la prevención. En este tipo de consumo se hallan lo que llamamos hábitos. Conciérne a la ingesta de alcohol el cual se aprecia como ritual social, estipulado ocasionalmente, sin constituir por tanto el alcoholismo. Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto.

De acuerdo con la posición de Schnitmann (1995) es apropiado aclarar que existen algunas sustancias psicoactivas no pasibles de uso, ya que provocan tales variaciones a nivel somático y psíquico que hacen necesaria su completa evitación. Un claro ejemplo de esto es el consumo de heroína.

Siguiendo la línea del autor diremos que el abuso de drogas se configura cuando hay consumo de droga(s) con daño reversible. Esta idea de daño reversible se desarrolla por contraste, en base a la observación de los resultados originados por la conformación del cuadro de drogodependencia. En el caso de abuso de sustancias sin drogodependencia el daño aparece solo cuando se hace uso de la sustancia, desapareciendo cuando se deja de consumir la misma.

El abuso de drogas es la etapa intermedia entre el uso experimental del sujeto y el cuadro de drogodependencia. Según lo expresado por Schnitmann (1995) la clave del diagnóstico del abuso de droga está en detectar que el efecto de alteración sintomática de las conductas del sujeto es reversible, tanto en su vida anímica como en su entorno social. Es en este momento donde una intervención adecuada puede brindar los mejores efectos. Es en este nivel donde se encuentran la mayoría de los drogoconsumidores. Término acuñado por Schnitmann para referir a todas las formas de consumo y a su vez para distinguirlo del concepto drogodependiente.

Retomando la definición del autor diremos que la drogodependencia de primer grado, se determina por el daño estable. Hasta el momento anterior se establecía un objetivo de tratamiento con énfasis en la prevención. A partir de aquí las dos posibles evoluciones son la desintoxicación y abandono del consumo o el acrecentamiento del mismo dando como consecuencia el aumento del desgaste psíquico, físico y social entrando en un momento de desorganización de su ritmo de vida y de producción en el que el agotamiento incrementaría el cuadro de estrés y ansiedad dirigiendo al sujeto a la percepción de la pérdida de control. Desde este punto se podría pensar la posibilidad de complicación pasando a un estado de progresión sintomática.

El tiempo de permanencia en el nivel de drogodependencia de primer grado es en extremo variable ya que el tiempo de evolución puede ser extenso y el compromiso que se tiene con la sustancia psicoactiva se irá marcando de manera progresiva.

Finalmente encontramos la drogodependencia de segundo nivel, con daño estable y progresivo. Concuerda con el estereotipo que se ha extendido sobre lo que es un adicto a sustancias psicoactivas. Es una característica clásica de este nivel de gravedad el progresivo deterioro que vive el sujeto.

En tanto análisis de lo anteriormente expuesto distinguiremos por un lado el término de consumidor estableciéndolo en relación al uso de sustancias psicoactivas en situaciones aisladas, episódico, sin generar dependencia o problemas de salud asociados al mismo. Puede tornarse habitual. Teniendo una sustancia psicoactiva de preferencia y encontrando placer bajo sus efectos. La frecuencia y la cantidad pueden aumentar pero se mantienen estables y el daño es reversible, el mismo solo está presente al momento del consumo. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume.

El adicto, por otro lado, muestra dependencia a la sustancia y será posible observar el daño provocado por la misma que se ha tornado estable y/o progresivo. Hay dependencia cuando no se puede dejar de consumir pues al hacerlo se presentan síntomas físicos y/o psicológicos desagradables.

El toxicómano presenta tolerancia, definida esta como la necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir el efecto deseado. Se exhibe una eficacia marcadamente menor con el uso continuado de la misma cantidad del mismo toxico.

Según Schnitmann (2005) existen dos tipos de dependencia, la física y psicológica. La física implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados. Al dejar de consumir el cuerpo reacciona con síndromes de abstinencia o retirada.

Por otro lado diremos que no todas las sustancias psicoactivas producen dependencia física. La dependencia psicológica, siguiendo al mismo autor, ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irritabilidad y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que "no se puede vivir" sin consumir y todo lo que ello implica. Desde el punto de vista de la relación con la sustancia se puede

expresar que el grado de consumo no va a depender solo de la droga sino del vínculo que la persona establece con ella.

## **5. Personalidad desde el punto de vista psicoanalítico.**

### **La Toxicomanía desde el discurso del psicoanálisis.**

En el desarrollo del presente trabajo se exploran diversas perspectivas en cuanto a la constitución del sujeto toxicómano. Dada la heterogeneidad de discursos sobre el tema es necesario hallar puntos de encuentro en las observaciones y argumentos de diferentes autores, así como enfatizar sus diferencias, en el contraste de sus teorías. Es el aporte que se pretende realizar.

En primera instancia se trabaja sobre la concepción de la toxicomanía como negación de la carencia de objeto, la misma es desarrollada ampliamente por Vera Ocampo (1988). Se efectúan una serie de observaciones a dicha teoría contrastando de esta manera con conceptos de Gori sobre la adicción.

El presente apartado se ve enriquecido con información resultante de una revisión realizada por Johnson (1993) donde se examinan algunos puntos de vista sobre adicción establecidos en los años 90, además de diversas contribuciones anteriores a la comprensión de los comportamientos adictivos.

Desarrollare entonces ciertos puntos de vistas sobre la adicción que maneja Johnson los cuales, según expresa, son recurrentes en la literatura psicoanalítica sobre la adicción. Se tratara entonces la adicción como un objeto transicional o su equivalente en base a la teoría original de Winnicott y la adicción como una respuesta frente a la falta de capacidad para tolerar los afectos propuesta por primera vez por Khantzian.

## 5.1. La toxicomanía como negación de la carencia de objeto

*“Se me ha ocurrido que la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos, la «protomanía», y que todas las demás adicciones, como la del alcohol, la morfina, el tabaco, etc., solo aparecen en la vida como sustitutos y reemplazantes de aquélla”. (Carta a Fliess, 22 de diciembre de 1887, Freud)*

En este documento Freud plantea la necesidad de tomar la masturbación en tanto modelo sobre el cual se constituye la toxicomanía. Vera Ocampo (1988) dirá que Freud alude a tres fases en la masturbación, las dos primeras son infantiles y la tercera se presenta en la adolescencia y será la repetición del efecto del acto infantil. Lo cual tiene una importancia superlativa en cuanto al sujeto y su constitución sexual. Citando a Laplanche (1996) diremos que la sexualidad aparece como pulsión aislable, detectable, solo en el momento en el que la actividad no sexual, la función vital se desprende de su objeto natural o lo pierde.

Según delinea Vera Ocampo en relación a la sexualidad, el momento constitutivo será el reflejo o self en donde habrá repliegue de sí mismo, autoerotismo, momento en que el objeto ha sido sustituido por un fantasma, este es un objeto que refleja al sujeto. En esta lectura freudiana la masturbación infantil no se puede dissociar del surgimiento de la sexualidad, en el sentido psicoanalítico. Esta deberá ser tomada en tanto tiempo inicial de la constitución de objeto como perdido y no únicamente como la manipulación del órgano.

Jones (1981) dirá que la masturbación no debe ser pensada como una mera entidad sino la manifestación de elementos sexuales diversos que incluyen los fantasmas que alimentan.

Siguiendo con Ocampo se dirá que lo fundamental en la masturbación infantil, desde un punto de vista histórico del desarrollo en cuanto a la sexualidad, es la emergencia del fantasma. Dirá que Freud localiza la problemática del toxicómano en la etapa más abstracta que susceptible de ser delimitada en el tiempo del despegue pulsional, con la incidencia de la carencia de objeto como condición de la emergencia del fantasma. Se muestra durante el autoerotismo, y como expresión del mismo se da la masturbación.

Lacan (1956-1957) en su seminario “La relación de objeto” definirá la carencia de objeto como el resorte mismo de la relación del sujeto con el mundo. Para que la

misma se pueda descubrir, dirá, debemos distinguir lo que Freud designa como las diferentes categorías de la carencia de objeto. No es posible eludir esto si se quiere formalizar lo que trasciende en el pasaje del registro de la frustración al de la castración dirá Vera Ocampo.

Plantea la paradoja de que se quiera pensar en el objeto droga como el sustituto de una actividad autoerótica cuando el autoerotismo es definido en esencia por la ausencia de objeto exterior.

En la etapa del apuntalamiento, el momento de la excitación sexual se produce como efecto marginal de la satisfacción de la necesidad. La pulsión tendrá su objeto por fuera del cuerpo propio, en el pecho materno.

*“Este objeto fue ulteriormente perdido, tal vez precisamente en el momento en que el niño se había vuelto capaz de formar una representación de conjunto de la persona a la que pertenecía el órgano que le suministraba la satisfacción. Como norma general, la pulsión sexual se vuelve autoerótica...” (Freud, 1905, P. 132)*

La pérdida de objeto, para el niño, se localizara durante este momento. Período en donde se muestra la madre como sujeto deseante. Lacan hace mención a esto:

*“La madre se vuelve poderosa, por ende real; de ella dependerá para el niño...el acceso a los objetos que hasta el momento eran meramente objetos de satisfacción; de parte de ese poder se convertirán en objetos de don, y en tanto tales...susceptibles de entrar en una connotación presencia ausencia que depende siempre de ese objeto real, de ese poder que es el poder maternal” (1956, 1957, P. 61)*

Vera Ocampo dirá que es a esta etapa donde se encuentra la negación del toxicómano, al momento en que la madre emerge como sujeto deseante en tanto condición para que el objeto de satisfacción se vuelva objeto de don.

De acuerdo al autoerotismo dirá el autor que esta es una etapa segunda, en tanto marca el período de la constitución del objeto en sentido psicoanalítico, en tanto objeto perdido.

*Una vez superado el periodo de latencia se restablece la relación original. Por algo que el niño que succiona el pecho de la madre se ha convertido en un*

*prototipo de la relación amorosa. Encontrar el objeto es, hablando con rigor, reencontrarlo. (Freud, 1905, P. 132).*

Vera Ocampo dirá que este reencuentro es una ilusión ya que es imposible recuperar la relación inicial con un objeto de necesidad ya derivado, metonimizado. Agrega que la pretensión del toxicómano se dirige a que ha encontrado el objeto de satisfacción.

La droga pretendería ser el objeto de necesidad, cuya falta sería inviable en el plano vital. Al hacerlo, manifiesta la negación de la pérdida, haciendo referencia a una negación fundamental, la negación de la carencia de objeto.

Se propone entonces una construcción donde se produciría un reemplazo de manera regresiva hacia el objeto de la pulsión sexual, que se deriva del objeto de necesidad, por el objeto de necesidad en sí mismo, afirma Vera Ocampo. Al expresar la falta de droga el adicto da a entender que es porque el objeto no se perdió, ya que él lo encontró, que le falta. Negando a través de esta construcción lo que es la esencia de la pulsión, que ningún objeto de ninguna necesidad pueda satisfacerla, agrega.

Siguiendo a este autor se afirmará que aquello que Freud denominaba como el producto de reemplazo de una actividad autoerótica se expresa según esta teoría como el producto de un reemplazo del objeto, que fue perdido y remitido mediante la negación a su puntal, o sea al objeto de necesidad. El toxicómano se presenta ante esta perspectiva como un prisionero ya que no tiene a su alcance la posibilidad de satisfacción y presenta un duelo imposible de realizar ante la pérdida de objeto. Es entonces que actúa el reencuentro fallido con un objeto que no sirve y cuya presencia imposibilita el duelo manteniendo así el placer inaccesible.

En el discurso del toxicómano no deja de presentarse, cuando refiere a su relación con la droga, la idea de que para él el objeto de placer se ha convertido en objeto de necesidad.

Se esboza entonces el movimiento en dirección al registro de la necesidad en tanto condición antepuesta al placer, se vincula también con lo que lo impide. Vera Ocampo dirá que para el sujeto es la única fuente de placer, es lo que cuya falta expondría al toxicómano con lo absoluto de la carencia.

Para ampliar los conceptos antes mencionados se referenciará la distinción que establece Lacan (1985) entre necesidad, demanda y deseo. Para esto el aporte del diccionario lacaniano de Dylan Evans (2007) resulta pertinente. En relación al concepto

de necesidad diremos que se vincula al término freudiano instinto, un concepto específicamente biológico y opuesto a lo que rige la pulsión.

Lacan hace esta distinción en el entendido de que, para satisfacer sus necesidades, el infante tiene que articular en el lenguaje; en otras palabras, el infante tiene que expresar sus necesidades en una demanda. Pero al hacerlo se introduce otra cosa que causa una escisión entre la necesidad y la demanda; se trata de que toda demanda no sea solo la articulación de una necesidad, sino también una demanda incondicional de amor.

Aunque el otro al que se dirige la demanda, en primera instancia la madre, pueda proporcionar el objeto que satisface la necesidad del infante, nunca está en una posición que le permita responder incondicionalmente a la demanda de amor, porque también se encuentra dividida. El resultado de esta escisión entre la necesidad y la demanda es un resto insaciable, el deseo en sí. De modo que la necesidad es una tensión intermitente que surge por razones puramente orgánicas y se descarga totalmente en la acción específica, pero el deseo es una fuerza constante que nunca puede ser satisfecha.

La presencia del Otro importa más allá de la satisfacción de la necesidad, puesto que esa presencia simboliza el amor del Otro. De modo que la demanda asume pronto una doble función: sirve como articulación de la necesidad y como demanda de amor. Incluso después de que hayan sido satisfechas las necesidades articuladas en la demanda, el otro aspecto de la demanda, el anhelo de amor, subsiste insatisfecho, y ese resto es el deseo. De modo que el deseo es el excedente producido por la articulación de la necesidad en la demanda.

Otro aspecto significativo, esto es según Vera Ocampo, el de la toxicomanía como acto. El autor sitúa al toxicómano inmóvil en esta posición de masoquismo reflejo, auto agresivo, debido a la negación de la pérdida de objeto. Esta perspectiva auto agresiva es la cual se somete a la negación, como si el toxico no fuera devastador. Es aquí donde se detectan los efectos de la repetición, agrega, la cual se incluye en la cotidianeidad del sujeto.

En relación al vínculo con la droga dirá que la satisfacción del sujeto reside en el objeto, aún más específicamente en ese simulacro de desplazamiento al registro de la necesidad, en lo que refiere al acto la satisfacción no está basada en el objeto o en su evocación sino en el acto mismo, en esta repetición. Vera Ocampo concluye que esta dimensión del acto encarna para el sujeto toxicómano la pulsión de muerte ya que

es la irregularidad de la regla pulsional, en donde la satisfacción no depende de un objeto sino de un acto.

Esta relación de exclusividad con la droga imposibilita a otros objetos para constituirse como objetos de placer, se aspira entonces a un ideal narcisista de autonomía del goce, según Vera Ocampo. Hace alusión a su pasión de independencia respecto del otro, lo relaciona con su ideal de dominio por el fantasma, de la falta de objeto. Llegando al punto de Dependencia e independencia, constituye una reanudación, regresión a ese momento de la constitución del sujeto de la emergencia de la sexualidad que es el autoerotismo. Es allí donde se presenta esta situación paradójica en donde el deseo de independencia se sostiene por el fantasma mítico de que se ha sido independiente, donde en realidad se destaca el momento de mayor dependencia.

A este retorno de satisfacción autoerótica impuesta al sujeto toxicómano, coloca la satisfacción bajo el signo del ideal de autonomía del goce, afirma el autor.

#### **A modo de recapitulación de las ideas más importantes de esta teoría:**

Se establece a través de esta mirada la importancia de los primeros aportes freudianos. Donde se instaura la masturbación como modelo, protomanía, de las demás adicciones. Vera Ocampo hará uso de estos aportes en el desarrollo de sus teorizaciones. Dirá que el momento constitutivo de la sexualidad será el reflejo o self, etapa autoerótica, donde el objeto es sustituido por un fantasma. Se toma la masturbación como momento constitutivo del objeto en tanto perdido. Señala la importancia de la emergencia del fantasma en esta etapa, destacando la incidencia que tiene sobre la emergencia del mismo la carencia de objeto. La propuesta freudiana de las diferentes categorías de la carencia de objeto, es retomada por Vera Ocampo y se propone como imperante al momento de referir el tránsito de lo que es el registro de la frustración al de la castración.

En la etapa del apuntalamiento la excitación sexual está ligada a la satisfacción de una necesidad, se localiza al objeto de la pulsión fuera del cuerpo en el pecho materno. De acuerdo con los aportes de Freud este objeto posteriormente se pierde tal vez en el momento en que el infante logra una representación de conjunto de la persona que a través de un órgano le proporciona satisfacción. Es así que la pulsión sexual se vuelve autoerótica. El autoerotismo señalaría así el momento de constitución

del objeto en sentido psicoanalítico. Vera Ocampo dirá que la negación del toxicómano se dirige a este tiempo de surgimiento de la madre como sujeto deseante.

Freud sostiene que en el periodo de latencia se restablece la relación original donde la succión del pecho materno se torna el modelo de la relación amorosa, encontrar el objeto sería reencontrarlo.

Aunque Vera Ocampo objetara sobre la imposibilidad de recuperar esa relación inicial con un objeto de necesidad ya metonimizado. Concluye que el toxicómano pretende haber hallado el objeto de satisfacción, la droga se convertiría así en el objeto de necesidad. La negación finalmente se dirige hacia la carencia de objeto.

En esta construcción se expresa de manera regresiva el reemplazo al objeto de la pulsión sexual, el cual es un derivado del objeto de necesidad por el objeto de necesidad en sí mismo. El toxicómano queda atrapado en un duelo imposible por la pérdida de objeto. En relación a la toxicomanía como acto dirá que el sujeto está atrapado en la posición del masoquismo reflejo, perspectiva auto agresiva la cual sería sometida a la negación.

El toxicómano aspira a una autonomía del goce, ideal narcisista. Mediante una regresión al momento constitutivo autoerótico

En relación a los conceptos mencionados sobre esta teoría quisiera contrastar la perspectiva que Gori posee ante la misma problemática. Ya que Ocampo refiere al objeto droga como un significante en el sentido psicoanalítico del término. Gori (2003) planteará otra perspectiva, dirá que el tóxico no es ni un objeto ni un significante sino que se trata de un fetiche, un velo que se superpone a una imagen enterrada de un objeto traumáticamente perdido. Hará referencia a que los objetos de nuestra civilización se oponen a lo que el psicoanálisis llama objeto. Dirá que es uno de los tantos objetos, el toxico, que hace obstáculo al objeto, en sentido psicoanalítico.

Gori (2003) dirá entonces que la masturbación, al igual que la droga, niega el deseo, huye de él y libera de la dependencia a un otro, transformando la dependencia posible a un Otro en dependencia a un producto. El producto niega la alteración contenida en toda alteridad y marca la negación tanto al amor como al deseo, que suponen un reconocimiento de una falta deportada al campo del Otro.

Para Gori (2003) el toxicómano es un maniaco que se libera de lo real, haciendo del producto un obstáculo al objeto. Sabemos que el objeto es lo que es jugado antes -objectum -, ante ese real que el psicoanálisis nos enseñó a cernir bajo

las diferentes categorías de falta. Ante ese objeto que vela la falta, así como le da una forma, el toxicómano juega un fetiche, el fetiche del producto. El toxicómano, mejor que nadie, nos invita a interrogar el estatuto de objeto en psicoanálisis y a entender el objeto menos como un concepto de lo que fue perdido que como el nombre de aquello ***que jamás fue poseído o que escapa a la apropiación.***

En este sentido, el producto, la sustancia, los efectos del éxtasis de los cuales el drogadicto se muestra tan dependiente no son un objeto en el sentido psicoanalítico. En este sentido también la pasión a las drogas obedece estrictamente una lógica de desmentida, la lógica específica de las pasiones (Gori, 2004)

Gori desde una perspectiva lacaniana habla del objeto droga como fetiche, lo cual es representativo en las adicciones, pudiendo incluirse dentro de ellas las drogas como otros tantos objetos de consumo masivo. En el desarrollo de Vera Ocampo el autor hace un recorte más estricto, su teoría aplica solo en las toxicomanías donde establece el toxico como significante.

Gori (2003) sostiene que como el erotómano o cualquier otro delirante pasional, el toxicómano procura en el espejismo pasional la consistencia ontológica que le falta. Y esa consistencia ontológica que le falta demuestra justamente la desmentida de objeto, o sea, de la falta, lo real por lo que constituye la subjetividad.

Como punto de conexión se puede establecer que ambos refieren a esa independencia del mundo exterior, Gori (2003) dirá entonces que la masturbación, como la droga, niega el deseo, huye de él y libera de la dependencia a otro mientras que Vera Ocampo hace referencia a la relación de exclusividad en tanto excluye cualquier compañero de placer, aspirando entonces a un ideal narcisista de autonomía del goce.

Continuando con la idea de Gori (2003) diremos que en esa lógica antropológica, la droga se revela como un “ahogador de las preocupaciones” del cual hablaba Freud, tanto de las preocupaciones para consigo mismo como con el otro. La droga participa de esta ilusión de poder rechazar tanto el objeto como el sujeto en una autonomía artificial. Un amor narcisístico que protege de la alteridad. ¿Por qué el apasionado de las drogas correría el riesgo de amar al riesgo de perder o de sufrir? El prefiere, al modo de un melancólico afligido por el síndrome de Cotard, negar la existencia de objeto y la de su subjetividad para rechazar mejor la alteración que implica toda alteridad como condición de deseo.

Oliver Thomas (2007) dirá que la pasión del toxico se revela para el análisis de transferencia como auténtica pasión odiosa, un amor muerto que encanta al sujeto y lo cautiva en una inconsolable nostalgia.

Frecuentemente los productos o mercaderías materiales o virtuales no son sino medios para rechazar o evitar lo que el psicoanálisis conceptualiza como objeto, causa de deseo. La lógica pasional enseña mejor que cualquier otra que el objeto del cual se trata de hacer duelo no fue jamás poseído y escapa a toda apropiación. Es exactamente este punto que sitúa toda pasión en proximidad a la melancolía, que ella conjura por la exuberancia maniaca, por la fiebre voluptuosa del desespero y por la elación narcisista las formas de la nada. La pasión de las drogas no escapa a esta lógica que hace de toda pasión una pasión nihilista, desmintiendo tanto el objeto como la pérdida. Mas, como toda pasión, la pasión de las drogas es una adicción a la pérdida, al destete, a la separación, más que al objeto.

Quisiera confrontar la representación de objeto fetiche que expresa Gori en relación con la categoría del objeto droga que manifiesta Vera Ocampo. Este autor dirá que el objeto fetiche en tanto significante se desprende de la teoría psicoanalítica del estudio de las perversiones sexuales. Precisa a su vez, si el objeto fetiche es un significante lo es en tanto significante, y representa al sujeto con otro significante. Y por su calidad de significante está sometido al postulado saussureano que instituye que entre un término y su significación hay una relación de pura arbitrariedad.

Afirmará entonces que todo objeto puede conformar un objeto fetiche. Llevado este razonamiento al extremo dirá que no hay especificidad propia del objeto, que lo haga apto para ser fetiche. Haciendo una lectura de Freud del siguiente párrafo:

*“Sería de prever que como sustituto del falo que le falta a la mujer se eligieran objetos u órganos que representen también símbolos del pene. A menudo es así, pero en todo caso no es lo decisivo”. (Freud, 1927, p. 120)*

Por otro lado Vera Ocampo constata que cuando se implica la categoría de objeto droga la cantidad de objetos posibles se resume en un único elemento, la droga. A una especificidad material y farmacodinámica que provoca lo que según él es un traumatismo psíquico.

Agrega que no es como el objeto fetiche, un objeto necesario para llegar al orgasmo sino que se muestra como un significante que quisiera significarse a sí mismo, que es a la vez medio y finalidad en la experiencia toxicomaniaca. De acuerdo

a esto el objeto droga no representaría un objeto fetiche en esta teoría, quedaría instalado dentro de la misma como un significante.

## **5.2. La naturaleza objetal/objeto transicional de una adicción**

Winnicott (1971) refiere a los objetos transicionales, los cuales aparecen durante los primeros meses del recién nacido, donde se presenta un fuerte narcisismo, se trata de objetos externos que el bebé usara como medio para sobrellevar la angustia depresiva. El objeto transicional aparece normalmente en el desarrollo del infante y se trata de un objeto externo que representa a un objeto interno, esto es la madre, por tanto brinda seguridad cuando esta no se encuentra presente permitiéndole administrar mejor la angustia de separación con el objeto pecho madre en dirección al establecimiento de relaciones objetales reales. Se pueden presentar fallas durante este periodo transicional, lo cual conducirá a adicciones, entre otras, resultando en la constante búsqueda de satisfacción directa sin la posibilidad de sublimar la dificultad de estar a solas, según refiere Abadi (1999).

Wurmser (1995) hace referencia al terror hacia la separación y cree que la importante vergüenza y rabia expresadas en la conducta adictiva forma parte del intento de sostener una conexión con los objetos. Entre las contribuciones que Wurmser (1974) en su aporte a esta dinámica, dirá que el sujeto presenta una dificultad para internalizar las interacciones con sus padres, en tanto forma parte del buen funcionamiento del superyó, esto se expresara a posterior como una alternancia, por un lado se pueden presentar el sometimiento a prohibiciones internas poco lógicas, y en otras oportunidades se expresaran conductas adictivas plenamente desordenadas y manifestaciones de rebeldía.

Las prohibiciones y reglas de los padres son internalizadas como superyó, un sentido internalizado de qué comportamientos están permitidos y cuáles deben ser restringidos o controlados. Es posible que la falta de capacidad para negociar este paso tenga mucho que ver con el ambiente creado por los cuidadores para el niño (Lyons-Ruth, 1991).

Johnson (1993) explica un modelo objetal que emplea una apreciación de la adicción como:

*“una actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona involuntariamente e inintencionadamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que se puede referir como “negación”, se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo adicto continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales” (p.25).*

La negación tiene una función dentro del sistema de una adicción la misma intenta preservar la relación con la adicción. De no haber negación no se haría presente la adicción. Según establecen Johnson y Clark (1989) la negación es parte de la fisiopatología de la enfermedad.

Si bien algunos aspectos como los biológicos o sociales contribuyen al desarrollo de esta problemática, no se tomaran como el fundamento esencial de la misma. Se puede considerar desde la vertiente psicodinámica e incorporar la respuesta caracterológica del sujeto a los efectos de tomar la droga como una consideración importante en la evaluación del impacto de las sustancias (Kernberg 1975). Admite que la psicología de la relación del sujeto con su adicción sea articulada y elaborada por el clínico de orientación dinámica (Kaufman 1994).

Es en base a la definición antes mencionada que se puede relacionar actividades denominadas como placenteras las cuales solo serían adictivas en caso de presentarse como conductas compulsivas. Son compulsivas debido a razones de carácter ya que facilitan la sensación de estar permanentemente acompañado. El sujeto adicto, siguiendo a Johnson, no sería capaz de soportar el hecho de estar solo pero tampoco tiene la habilidad de satisfacer mediante una relación humana su necesidad de dependencia de forma adecuada. Así la necesidad de permanencia del objeto es suministrada a través de la actividad compulsiva adoptada. El entorno y el género son factores que influyen en la selección de la adicción y la misma puede ser abandonada en favor de otra si las variaciones ambientales así lo requieran.

Johnson (1993) sugiere la hipótesis de que los niños que sufrirán adicciones no logran internalizar la permanencia de objeto durante el período preedípico y tienen un temor específico de que sus impulsos agresivos puedan destruir los objetos propios en los que confían. La falta de capacidad para usar las prohibiciones del superyó hace que sus impulsos agresivos se vuelvan atemorizantes.

La manifestación de una adicción es similar a los desórdenes borderline o narcisistas propuestos por Kernberg (1975). Sobre el narcisismo Volcán (1973) dirá que la ausencia de habilidad para soportar la soledad es resuelta mediante la dependencia en un conjunto interno constituido de fantasías idealizadas las cuales le otorgan al sujeto la capacidad de ser indiferente a las idas y venidas de las relaciones.

### **A modo de síntesis.**

La teoría de objeto transicional de Winnicott definiendo el mismo como un objeto externo que representa al objeto interno pecho-madre es retomado por diversos autores para formular sus teorías. Abadie aportara que las fallas a este proceso derivaran en conductas adictivas, el sujeto se encontrara ante la imposibilidad de sublimar su dificultad de estar solo. La dificultad de internalizar la relación con los padres es propuesta por Wurmser, lo cual es fundamental para un buen desarrollo del superyó, dará como resultado conductas adictivas.

Johnson adhiere a este desarrollo teórico y en su visión de las adicciones aporta la idea de sistema donde una actividad potencialmente placentera se torna adictiva por la imposibilidad que adquiere la persona para regularla. La negación que recae sobre la conducta es lo que mantiene la adicción. Asocia la adicción con el concepto de compulsión. Estas conductas compulsivas facilitan la percepción de estar constantemente acompañados, ya que el sujeto no es capaz de satisfacer su necesidad de permanencia de objeto mediante una relación humana, tal vez esto esté asociado a la dificultad que mencionaba Wurmser al momento de introyectar la relación parental en la conformación del superyó.

Johnson sugiere la hipótesis, que puede abarcar dentro de sí diferentes aportes teóricos, en donde expresa que la imposibilidad de internalizar la permanencia de objeto se suma al temor específico que sus impulsos agresivos puedan destruir los objetos propios en los cuales confía.

### 5.3. La adicción como una manifestación de la falta de habilidad para tolerar los afectos

Khantzian fue el primero en manejar la teoría de la automedicación (1985, 1997), el sostiene que las drogas calman el sufrimiento, la predilección por un tipo de droga específica estaría relacionado con el grado de especificidad psicofarmacológica. Khantzian sostiene que sentimientos de enojo o violencia son mitigados por los opiáceos, sentimientos como la ansiedad o el vacío son aplacados por depresores del sistema nervioso central como es el ejemplo del alcohol, los estimulantes por otro lado calman la depresión o neutralizan los déficits de atención o la hiperactividad.

El trabajo de Khantzian es considerado como una ampliación de la psicología del Self, cuyo gran representante es Kohut (1971). Establece la importancia de la capacidad psicológica del autocuidado:

*“El autocuidado es una capacidad psicológica relacionada con determinadas funciones y reacciones del yo. Esta capacidad protege contra el peligro y asegura la supervivencia, incluye la prueba de realidad, la capacidad de juicio, el control, la angustia señal, y la habilidad para sacar conclusiones acerca de las consecuencias causales. La capacidad de autocuidado se desarrolla a partir de los cuidados y protección prodigados por los padres desde la temprana infancia y, posteriormente, a través de las interacciones entre el niño y sus padres” (Khantzian 1995, P. 30).*

Aquí el inicio de esta incapacidad para regular los afectos se detecta en los primeros años de vida, se produce allí un fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres. Según Khantzian se debe a esta carencia que los adictos no son capaces de regular la autoestima o sus relaciones, ni del cuidado de sí mismos.

Cristal (1988) también hace referencia a la intolerancia a los afectos vinculada a fallos en el desarrollo temprano aunque Khantzian considera la falta de autocuidado o autocontrol como un defecto del yo, como una función que nunca se desarrolló, Cristal por otro lado dirá que el auto cuidado fue prohibido por una figura parental la cual resulta desmedidamente controladora. Cristal considera que las personas adictas están en efecto capacitadas para su autocuidado

*“...pero creen que si tomaran el control de sus funciones vitales o afectivas, las cuales creen pertenecer a la madre, estarían realizando una trasgresión punible con un ‘destino peor que la muerte’ (1995, P. 85).*

La hipótesis de automedicación se sostiene en el relato de los pacientes aunque Khantzian lleva a cabo el examen de estudios más amplios en la literatura sobre adicción. El mismo sostiene que el buen fundamento que se realice de la experiencia psicoanalítica permitirá cotejarla con ciertas conclusiones que ofrecen los investigadores que se basan en métodos de análisis de tipo operativo. La opinión de Khantzian y su perspectiva se ve apoyada por el posterior estudio llevado a cabo por Kushner, Sher y Erickson en 1999 donde demuestran una relación causal bilateral donde los desórdenes de ansiedad tienen como consecuencia la dependencia al alcohol así como a la inversa.

Dodes (1996) hace un interesante aporte en cuanto a la personalidad de los sujetos adictos en quienes distingue una vulnerabilidad narcisística lo cual promueve la disposición a sentirse agobiados por experiencias de impotencia/indefensión. La impotencia/indefensión es mencionado en textos de Freud (1926) asimilándolo a la importancia que este tipo de experiencias tienen en el origen del trauma psíquico.

En función de la teoría que desarrolla Dodes (1996) donde la activación de la conducta adictiva estaría en relación a la posibilidad de restaurar un sentimiento de potencia el cual sirva para defenderse contra la vivencia de impotencia/indefensión. Propone entonces que ese urgente impulso agresivo que intenta restablecer la potencia y tiene su origen en una herida narcisista de impotencia/indefensión es equivalente al de la rabia narcisista. Agregara también que los más significativos síntomas en cuanto a la adicción, así como su intensidad y el carácter ilimitado e implacable puede ser definido por la permanencia en la adicción de la rabia narcisista.

Dodes hace referencia a que las adicciones serian formaciones (soluciones) de compromiso al igual que las compulsiones.

En referencia a lo trabajado hasta el momento en cuanto a los aportes citados se definen diversos criterios que constituyen esta perspectiva de la adicción. Khantzian mantiene la hipótesis de la automedicación y vincula la predilección sobre una sustancia psicoactiva específica con su especificidad psicofarmacológica. Según el autor los adictos poseen una incapacidad para regular los afectos, que se desprende

del fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de sus padres, esto establecería un defecto del Yo. Cristal en su desarrollo teórico retomara algunas de estas ideas pero adscribirá a una figura parental la prohibición del autocuidado ya que se trataría de una figura controladora en exceso. Plantea que el adicto está capacitado para su autocuidado pero tienen la creencia de que este tipo de actividades pertenecen a la figura materna y si las realizara sería una transgresión que lo remitiría a un destino peor que la muerte.

La experiencia de impotencia/indefensión es retomada por Dodes (1996) el cual la integra a las vivencias cotidianas del adicto y localiza en la personalidad de este una vulnerabilidad narcisista. Se ve constantemente afectado por este tipo de experiencias, es entonces que la conducta adictiva se manifiesta como una posibilidad de restaurar sentimientos de potencia en defensa de este tipo de vivencias.

La intolerancia a los afectos daría entonces como respuesta comportamientos de tipo adictivo. La vulnerabilidad en la reafirmación del Self y la dificultad de tolerar circunstancias de impotencia/indefensión cuyo origen estaría en las experiencias tempranas de la vida serian puntales fundantes de la problemática adictiva. Las manifestaciones características de los trastornos adictivos son presentadas mediante las diferentes perspectivas aquí expresadas de forma complementaria. Dependiendo del momento se puede manifestar una de estas dinámicas de manera más acentuada como potencia motivacional. En su conjunto estos aportes teóricos constituyen un marco referencial consistente desde el cual se establecerá la escucha de los pacientes, lo cual conducirá tanto a comprensión empática de sus comportamientos así como de sus asociaciones.

## **6. Mecanismos defensivos puestos en juego.**

De acuerdo con Jaime Tomad (2015) diferentes líneas psicoanalíticas han resaltado la relación existente en lo que son las toxicomanías y aquellos estados maníacos y depresivos, tanto Freud y posteriormente Rosenfeld (1960) hacen alusión a ello. De los rasgos en común y más trascendentes se destacan; la propensión a las oscilaciones del estado anímico, la dificultad del Yo para soportar ciertas tensiones (Wurmser, 1978), ansiedades básicas que se movilizan, la fijación a estadios tempranos del desarrollo y fundamentalmente los mecanismos defensivos puestos en juego.

Se enfatiza el reconocimiento de que tanto adicciones como estados maniacos y depresivos no conforman cuadros idénticos. Existe una diferencia dinámica muy interesante la cual se establece en el Yo del adicto. Si bien es cierto que apela, como defensa, a mecanismos maníacos para hacer frente a ansiedades paranoides y depresivas, el adicto será incapaz de desplegar esa reacción maniaca a menos que sea en base a la influencia de ese agente externo que la desencadene o refuerce, Rosenfeld (1960). Para que dicha reacción se exprese se deben proyectar ciertos contenidos psíquicos en la sustancia psicoactiva y en el acto de consumo.

Según Tomad (2015) las variantes que se manifiestan en las adicciones dependen de la personalidad total del adicto y del nivel de evolución alcanzado sobre este padecimiento, pero se observan en todos los casos aquellos mecanismos defensivos básicos que caracterizan a las toxicomanías. Siguiendo el desarrollo teórico de este autor veremos que la escasa tolerancia del sujeto adicto a la frustración y al sufrimiento psíquico, la dependencia de la droga, lo inaplazable de su deseo y las complicaciones que usualmente involucra su tratamiento, se vinculan con un proceso regresivo a tempranas etapas evolutivas.

Inicialmente Freud (1948) expresa en “Una teoría sexual” el estrecho vínculo entre erotismo oral en relación al alcoholismo y al tabaquismo, en base a esto diferentes autores han considerado las adicciones en tanto regresiones a estadios narcisistas tempranos del desarrollo. Por ejemplo autores como Rado (1926) y Lewin (1953) referirán a la etapa oral-digestiva. Sucediendo en el adicto una regresión a la satisfacción oral del lactante, esto mediante la influencia de la sustancia psicoactiva.

Rosenfeld se introduce en el campo de las toxicomanías, desde la perspectiva kleiniana. Toma al adicto como fijado a la posición esquizoparanoide, la regresión que es producida mediante la sustancia psicoactiva lo lleva al nivel de las fantasías alucinatorias realizadoras de deseos, la droga representa el papel del pulgar que el niño succiona para provocar esas alucinaciones (Rosenfeld, 1960).

En esta conceptualización se hace referencia a la frustración subyacente en el consumo problemático de drogas así como en los mecanismos maníacos como norma general, la cual permanece oculta ante la supuesta satisfacción.

Siguiendo a Tomad (2015) diremos que los conflictos actuales hacen resurgir en el adicto primitivas ansiedades depresivas y paranoides, estas se revelan en los períodos de abstinencia donde el Yo acude a mecanismos igualmente regresivos

como forma de defensa. Esto se da, según esta perspectiva, debido a frustraciones tempranas del desarrollo.

Como ya hemos visto en el desarrollo de este trabajo la acción de la sustancia psicoactiva posibilita al adicto la negación de fragmentos dolorosos de la realidad psíquica, por ende niega también la realidad externa. De acuerdo a Freud en “El malestar en la cultura” la droga provoca una transformación en la percepción de aquello que resulta desagradable para el sujeto.

Según Tomad (2015) los aspectos peligrosos del objeto interno perseguidor son negados e idealizados como en un cuadro maníaco típico para ser posteriormente proyectados sobre la droga. La misma queda erigida en una representación del objeto idealizado, aunque se trata de una sustancia perjudicial y extremadamente frustrante. Debido a que brinda la posibilidad de negar lo doloroso, se la puede disfrazar de fuente omnipotente de todas las gratificaciones.

Según la propuesta teórica de Rosenfeld (1960) la incorporación de la sustancia permite la reintroyección de estos contenidos así como la identificación del Yo con un objeto idealizado y perseguidor, que refuerzan las fantasías de omnipotencia, así como el control de la frustración y la ansiedad. Una vez que se produce la identificación con el perseguidor, el Yo logra disociar y proyectar partes de sí mismo en objetos internos o externos y atacarlas y triunfar sobre ellas, así como lo hacen los mecanismos maniacos habituales, definirá Tomad (2015).

Siguiendo a Rosenfeld (1960) será de acuerdo a la constitución psíquica del sujeto que se elegirá la dirección de la agresión. Se puede dirigir tanto a los objetos externos como al propio Yo. Es a través de esta dinámica que se manifiesta la acción autodestructiva perteneciente a la adicción, la misma que se observa en las reacciones maníacas. Ya que el sujeto ataca sus aspectos positivos, situados mediante identificación proyectiva en el objeto, con la misma convicción que posee de que sus perseguidores lo atacan a él. Es así que la sustancia psicoactiva propicia la destrucción mientras que favorece la negación de la misma.

Según Rosenfeld se puede considerar la identificación con un objeto dañado o muerto como elemento fundamental del vínculo entre lo que es la depresión la toxicomanía. Tomad (2015) afirma que cuando aparecen vinculados toxicomanía y duelo patológico es posible apreciar que asociados a los mecanismos defensivos a los que se ha hecho alusión también se da la necesidad de reincorporar, a través del toxico, el objeto perdido. Si bien se expresa como el intento conservación y reparación

del mismo, también se puede manifestar como consecuencia de un mandato superyoico de incorporar las partes destruidas del objeto, como castigo y expiación.

Según los autores trabajados en este apartado diremos de los mecanismos de defensa aludidos que, si bien se toman como pertenecientes a los procesos maníacos, también es posible asociarlos a la problemática adictiva.

González de Rivera (1993) sostiene que los mecanismos defensivos del adicto se han detenido en algún punto de su desarrollo. En el momento en que se precipita un acontecimiento cuya expresión de angustia supera el umbral del sujeto el mismo buscará calmarla mediante el hábito de consumo. Progresivamente se maneja la angustia a través del tóxico y no haciendo uso de los mecanismos de defensa. El sujeto adicto irá perdiendo la habilidad de mediar en base a la voluntad e inteligencia la respuesta que se da a los estímulos emocionales, dirá el autor. Es así que la manifestación de pautas como la fragilidad afectiva o la baja tolerancia a la frustración, entre otras, estarán relacionadas a la obstaculización producida a la evolución de la personalidad a nivel emocional.

Según Wurmser (1987) la externalización como mecanismo de defensa en el comportamiento adictivo se presenta como tentativa para solucionar los conflictos psíquicos a través de actuaciones externas específicas. Refiere más que nada a la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable. Forma parte de una instancia particular del paso al acto.

Según manifiesta Gonzales de Rivera (1993) la externalización en el usuario de drogas psicoactivas ostenta una fuerte necesidad de control sobre el agente externo y una relativa especificidad del objeto en cuestión. Cuando dicho mecanismo defensivo se despliega de manera masiva puede estar acompañado de defectos básicos en la conformación del carácter que no se manifiestan usualmente en el paso al acto como es la deshumanización donde se considera a las personas como objetos sin vida o derechos propios. Exhiben también irresponsabilidad afectiva hacia el Otro, implica también el considerar los propios sentimientos como una inducción externa.

Rado (1933) cuyo aporte teórico se centra en los sentimientos de omnipotencia infantil que revisten la relación oral placentera con la madre. Dirá que en el desarrollo normal se tiende a renunciar a este tipo de sentimientos, pero en aquellos sujetos con predisposición a la adicción los mismos se tornan en una penetrante sensación de impotencia y soledad lo cual no les permite reconocer las limitaciones que poseen para desarrollar relaciones interpersonales maduras.

Según lo expresado por González de Rivera (1993) la frustración y el abandono son sentimientos que acompañan la realidad del pre adicto, el mismo posee la convicción un tanto infantil de que algo externo debe asumir el control para así obtener una solución de todas sus dificultades.

Según Wurmser (1978), el sujeto adicto desarrolla un proceso compulsivo, desencadenado por cualquier evento difícil o fracaso que se presente. Lo cual supondría una herida más para la identidad inestable y oscilante autoestima del usuario de sustancias psicoactivas. De esta manera las defensas caen frente a importantes afectos primitivos llevando nuevamente al individuo hacia la externalización. Manifestándose comportamientos auto y heterodestructivos, ya que el desmoronamiento de las defensas permite la libertad de impulsos agresivos así como una escisión del superyó. La agresividad será dirigida hacia los objetos externos o hacia sí mismo, dependiendo de la constitución psíquica del sujeto.

### **Se presentan entonces los aportes más relevantes hasta el momento.**

Se parte desde los aportes freudianos, el cual retoman otros autores. Tomad establece líneas de conexión entre las toxicomanías y los estados maníacos y depresivos si bien entiende que son cuadros diferentes. Ellos comparten diversas características aunque los mecanismos defensivos son el eje fundamental que las conecta. El adicto será capaz de desarrollar una reacción maniaca bajo los efectos de la sustancia, dirá Rosenfeld. La regresión a etapas tempranas del desarrollo se asocia a la escasa tolerancia del individuo a la frustración así como a la dependencia al tóxico y a lo inaplazable de su deseo.

Inicialmente Freud establece la relación entre tabaquismo-alcoholismo y erotismo oral. Posteriormente diferentes autores han considerado la adicción como regresión a estadios narcisistas tempranos. Rosenfeld, desde la perspectiva kleiniana, dirá que el adicto está fijado en la posición esquizoparanoide donde el efecto de la sustancia dirige al sujeto al nivel de las fantasías alucinatorias realizadoras de deseos. Conflictos actuales harán resurgir en el adicto primitivas ansiedades depresivas y paranoides.

La negación de la realidad psíquica y por ende la realidad externa se dará a través de la acción de la sustancia. Freud aludirá a la transformación de la percepción de lo desagradable.

Tomad dirá que lo peligroso del objeto interno perseguidor es negado e idealizado para ser proyectado sobre la droga. Debido a la negación de lo doloroso se la disfraza de fuente omnipotente de las gratificaciones. Al incorporarse la sustancia se reintroyectan estos contenidos y se identifica al Yo con ese objeto idealizado y perseguidor reforzando la fantasía de omnipotencia, mediatizando de esta manera el control de la frustración y la ansiedad. El Yo se disocia y proyecta parte de sí mismo en objetos internos y externos para atacarlos y triunfar sobre ellos. Cuando la toxicomanía está asociada el duelo patológico se da la necesidad de reincorporar a través de la sustancia el objeto perdido.

De acuerdo con González de Rivera diremos que los mecanismos defensivos se encuentran estancados en un punto del desarrollo y ante la emergencia de angustia se recurrirá al consumo como forma de manejo de la misma. Dejando de lado el uso de los mecanismos de defensa en favor del consumo de la sustancia. Perdiendo progresivamente la habilidad de mediar a través de la voluntad e inteligencia ante los estímulos emocionales.

Wurmser propondrá el mecanismo de externalización como parte del comportamiento adictivo. El mismo referirá a tomar mágicamente el control sobre lo incontrolable. Forma parte de la instancia más generalizada que es el paso al acto. La externalización puede estar acompañada de deshumanización, esto es, tomar a las personas como objetos sin derechos, así como la irresponsabilidad afectiva hacia el otro. González de Rivera referirá a la frustración y abandono que acompañan al preadicto y la convicción que el mismo tiene de que algo externo deba tomar el control.

Wurmser hablara del proceso compulsivo del adicto desencadenado por eventos complejos en la vida del sujeto provocando la caída de las defensas y liberando así fuertes afectos primitivos que llevaran al sujeto hacia la externalización.

Se concluye así que estos componentes, los cuales son reconocidos entre los diferentes autores, se verán expresados en la conducta de los usuarios con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

## **7. Perfil psicoanalítico:**

### **El toxicómano y su discurso.**

En el siguiente apartado se intenta representar los efectos que la denominación “adicto” produce a nivel psíquico y la trascendencia de esta inscripción.

La intención es también analizar la percepción del sujeto y su discurso en relación al uso problemático de la sustancia psicoactiva. Será necesario indagar acerca del uso que el sujeto toxicómano hace del lenguaje, la importancia del mismo y esencialmente; la dirección que este toma. Se indagará entonces la apreciación de diversos autores ante la presentación clínica del sujeto adicto.

La denominación de “adicto” como parte de la presentación configura como un segmento del discurso segregador del Otro social el cual han hecho suyo respondiendo a este. Según Sillitti et al. (1993) es a través del discurso social que se asegura esta función en un nombrar para, lo que culmina en una identificación del sujeto por su hacer. Nombra a un sujeto identificándolo con su condición de satisfacción. Consiste en el uso de este nombre sin desprenderse de él una deconstrucción y discusión de la misma identidad, produciendo resultados negativos en cuanto al tratamiento. Es por lo tanto importante intentar un cuestionamiento de esta identidad dentro del proceso terapéutico. Es un hecho substancial al trabajar sobre esta identificación el indagar sobre los anclajes subjetivos del sujeto para no promover ante la caída de esta un pasaje al acto.

Esta identificación a un solo significante, al cual se entrega completamente, deja en suspenso la operación de estructura que se pone en juego. Bajo ciertas condiciones a nivel institucional es posible observar los efectos producidos. Al llamar adictos a los sujetos se les ofrece un nombre que inscribe un modo de goce, demostrando la paradoja ya que los pacientes han ingresado a ese lugar para liberarse de eso mismo por lo que se los llama.

Según expresa Sillitti *et al.* (1993) en la presentación “Soy drogadicto” el sujeto define sus condiciones de existencia desde una situación de satisfacción, pues la misma es obtenida por el consumo del tóxico, cosa que no oculta.

Siguiendo la perspectiva de E. Vera Ocampo (1988) es común encontrar en el discurso del toxicómano la percepción de que la compulsión a intoxicarse se debe a las propiedades del tóxico, opera en él un discurso especular al del saber médico insinuando así las particularidades farmacodinámicas de la sustancia objeto de

consumo. No invocan elementos relacionados a su subjetividad que pudieran dar un sentido a su acto. Todo lo que tenga relación con la “química” subjetiva es desestimada en función del orden natural y potencial que emerge del producto químico.

La relación entre lenguaje y toxicomanía se analiza desde la referencia que del mismo hace hacia el Otro social, y la influencia que ambos generan sobre la figura del toxicómano. El énfasis, al momento de ejercer este análisis, estará colocado en la capacidad simbólica del sujeto en relación a la evocación y al uso de la palabra. Lo fundamental en este discurso se dirige a la dimensión del secreto, es allí mismo donde apunta el toxicómano a través de su lenguaje.

Según Eduardo Vera Ocampo (1988) el lenguaje que es propio de los consumidores problemáticos de drogas no tiene como función el velar el sentido del mensaje sino que tiende a excederse. De esta manera si las palabras van a tejer una suerte de engaño en el otro no lo harán por lo que ocultan sino porque van más allá de lo que realmente existe con la intención de invitar a ver allí donde no existe nada. Su función es evocar la existencia de un mundo de goce sin palabras fuera de los límites del Yo y del cuerpo: el territorio imaginario de la alucinación.

El lenguaje que nos compele a ver lo invisible permanece cercano a la noción del secreto. El mismo que según Rosolato (1969) se define como una suspensión voluntaria de la transmisión la cual se relaciona, según el autor, con una serie de diferencias superadas; de los sexos por ejemplo. El secreto mantiene un misterio sexual, preserva un núcleo de lo que no es posible poner en palabras. Según Vera Ocampo es en el origen mismo del goce imposible de poner en palabras, el momento de consumo, es en ese presente absoluto y pleno donde todo pierde importancia. Es allí donde se tropieza con la dimensión del secreto en el adicto.

El lenguaje le posibilita al toxicómano la capacidad de evocar otros mundos, irrealidades que logran emerger insertas en la “realidad” compartida. El nunca dejara de reconocer esta última, aunque haga todos los intentos para escaparse de ella. Aunque opuestas la realidad compartida y la ficción son capaces de habitar la mente del toxicómano sin una suerte de contradicción aparente. Ellas se muestran para el sujeto como intercambiables en tanto permanecen indiferenciadas. Encontramos la percepción de este “mundo imaginario”, alucinado como formación de respuesta hacia lo que es percibido como esa realidad desbordante. Esta “alquimia del verbo” que revela la indiferenciación de realidad e irrealidad.

Esta negación de la diferencia nos estaría hablando, según las conceptualizaciones de Vera Ocampo (1988), del modo deficiente en que a su tiempo el toxicómano ha hecho el duelo de la pérdida del objeto y a su identidad primaria, establecida sobre la identificación primaria con la madre. Según manifiesta Vera Ocampo (1988) la superación de esta doble pérdida es la condición previa para que se constituya una identidad psíquica y más tarde una identidad sexual. Sin ellas el sujeto, dada la inconsistencia de su identidad, se verá librado a la tendencia presente en todo individuo de volver a la no diferenciación.

### **7.1. Demanda e Implicación en el tratamiento.**

Para abordar la temática de la demanda en pacientes toxicómanos me parece conveniente evocar a Pablo Piperno (2006) quien interroga la clínica de las adicciones a través de su experiencia en la Policlínica de Uso Indebido de Drogas (PUID) localizada en el Hospital de Clínicas. Según sus prácticas clínicas es posible observar diversos tipos de adictos los cuales pueden ser clasificados en perspectiva sui generis de acuerdo al tipo particular de demanda que ellos exhiben. Esta presentación es muy importante ya que permite configurar el tipo de posicionamiento que se tendrá ante el paciente y un posible pronóstico.

Como primer grupo Piperno (2006) define a aquellos sujetos que se presentan a la consulta manifestando lo que él llama "demanda de desintoxicación" y la presentación del paciente según relata sería la siguiente: "Vengo a que me saquen la droga del cuerpo, ella me hace mal". El sujeto se muestra con su mundo interno desubjetivado. Sintiendo perdido, bajo una influencia externa la cual lo domina, el mal se presenta desde afuera y pretende perturbarlo. Piperno (2006) expresa que es posible vislumbrar la reversibilidad ya que se asume que es el objeto de la sustancia y no la sustancia como objeto a consumir. La falta de implicación en el proceso y en su propio sufrimiento es una característica dentro de este grupo. La responsabilidad por sus actos se encuentra siempre afuera, nunca en ellos mismos. Solicitud de auxilio ante la angustia desbordante la cual es un padecer químico, no emocional.

Otra posibilidad es que se comporten como pseudo pacientes que asisten a la terapia por otra persona, no por ellos mismos. En algunos casos se encuentra al sujeto desdibujado en un Otro incapaz de otorgar un espacio propio. Se presenta el deseo de ese Otro de que concurra (consuma) las sesiones. Se presenta así ausencia de demanda y la manifiesta puesta en acto de asistir (consumir). Aparece como parte del

discurso de este grupo que se pida, o se fantasee, con soluciones mágicas. Manifestando la necesidad del recurso o psicofármaco como forma de cancelación de la necesidad imperante ¿o será el deseo?

Piperno (2006) presenta como segundo grupo a lo que él denomina “pacientes en tránsito”. Se trata de sujetos que no se han tornado aun en pacientes portavoces de consulta. No hay implicación en el tratamiento aunque tampoco niegan su problemática. Se manifiesta en ellos también la necesidad de una respuesta mágica a su problemática aunque tienen conciencia de que no existe. No hay negación de su historia personal pero no perciben en ella conflictivas de magnitud considerable que deriven en su patología. Sin implicación pero sin negación de su lugar en la propia adicción. Luego de un periodo considerable de tratamiento es posible que estos pacientes puedan crear un proceso de elaboración interna en el cual la perplejidad y la vacilación en referencia a su padecer derive en un crecimiento de la implicación a dicho tratamiento.

Como tercer y último grupo Piperno (2006) describe lo que bajo su denominación serían los “sujetos de consulta”. Esta denominación describe a aquellos toxicómanos que posterior a una escalada prolongada, aspiran a un límite al que ellos solos no pueden acceder. Tienen la necesidad de otro, un yo alternativo que les posibilite ejercer dominio sobre sus arrebatos pulsionales. Es posible que se presente a consultar luego de un episodio límite, un daño, angustia o culpa intolerables o posiblemente la percepción de otro en espejo el cual es visto en estado catastrófico.

De esta manera la adicción se convirtió en síntoma. Estos sujetos demuestran autonomía durante el proceso terapéutico en tanto se muestran como portavoces de su angustia, ese malestar. Tienen como características la introspección y logran hacer procesos de asociación entre el malestar y su historia personal. El sujeto necesita a un interlocutor, ese yo diferente que le auxilie en el camino para encontrar nuevas respuestas. Es en este momento cuando la toxicomanía se convierte en objeto para el psicoanálisis.

Es necesario hacer una serie de consideraciones sobre la clasificación aquí detallada. En principio no es definitiva, ya que no se hallan categorías puras. Como en toda descripción, ellos comparten en mayor o menor medida aspectos de las otras categorías; aunque diremos que en todos existe un predominio de una de ellas. Es así que la clasificación no es rígida. Los logros a nivel terapéutico variaran de acuerdo al grado de implicación que cada sujeto tenga en la psicoterapia y dependiendo de que

se pueda establecer una demanda por parte del sujeto. La perspectiva del paciente mejorara entonces en la medida en la que la toxicomanía se constituya síntoma

## **8. Breve apreciación acerca de la pretensión de abstinencia temprana en el tratamiento de toxicomanías**

Freud (1988) ya advertía sobre el error de utilizar métodos compulsivos en instituciones cerradas. Manifestaba que las curas de abstinencia tendrán un éxito solo aparente, si el médico se conforma con sustraer la sustancia narcótica, sin cuidar la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella.

Laplanche y Pontalis establecen que para esclarecer la discusión, siempre actual, en torno al concepto de abstinencia, parece interesante distinguir claramente entre, por una parte, la abstinencia como principio y regla del analista (simple consecuencia de su neutralidad) y, por otra, las medidas activas por medio de las cuales se pide al paciente que él mismo se mantenga en un cierto estado de abstinencia. Tales medidas abarcan desde las interpretaciones cuyo carácter insistente puede equivaler a una orden, hasta las prohibiciones formales. Éstas, si bien no se dirigen a prohibir al paciente toda relación sexual, afectan por lo general a ciertas actividades sexuales (perversiones) o a ciertas actuaciones de carácter repetitivo que parecen paralizar la labor analítica. Pero la mayor parte de los analistas se muestran muy reservados en cuanto a recurrir a tales medidas activas, subrayando especialmente el hecho de que el analista corre entonces el peligro de justificar su asimilación a una autoridad represora. (2004, Páginas 3 y 4)

Según Vera Ocampo (1988) si hacemos un análisis lógico de lo que representa la pretensión de abstinencia al inicio de la terapia psicológica encontraremos un contrasentido ya que se trate de una imposición al sujeto de que desista de su síntoma como circunstancia previa al inicio del trabajo terapéutico. Abstinencia como renuncia voluntaria a complacer un deseo, alejando así el objeto y manteniéndolo a distancia en un estado de conservación del mismo.

En la clínica esta es una manifestación trascendente ya que se le imposibilita al sujeto realizar el duelo por la pérdida del objeto, la cual en este caso no termina de acontecer. Si el mismo se hace presente, no se ha perdido. Según Vera Ocampo (1988) se trata más de una regla empírica que se basa en la puesta a distancia de la droga. Según propone no se visualiza de esta manera que sea un criterio basado en valores metapsicológicos como principio.

En palabras de Vera Ocampo (1988) indicaremos que esta conducta, lejos de permitirle al toxicómano acceder a la falta simbólica, es decir a una falta independientemente de la presencia real de la droga, lo aliena en una relación imaginaria con el analista basada en la frustración con respecto a la droga que mantenida... a distancia continuará siendo para el adicto el único y real objeto del cual espera satisfacción.

Se revalidaría la creencia del sujeto de que la toxicomanía se asienta en los efectos fármaco dinámicos no permitiéndole apreciar, por otro lado, que la toxicomanía es la consecuencia directa del lugar que él le otorga al objeto toxico en la dialéctica que encierra su propio deseo.

En cuanto al autoerotismo se plantea aquí como ideal rector en la dependencia del toxicómano. Que como ya hemos dicho refuerza el ideal narcisista de independencia. La función parece ser la de desdeñar la ausencia en la estructura de un objeto real y que sea adecuado para el deseo. Paradójicamente se manifiesta que la dependencia a la sustancias psicoactivas se ve instaurada por la necesidad de independencia, según lo expresa Sylvie Le Poulichet (1987) esa necesidad de hacer borde, de separación del sujeto con respecto de otro, goce del Otro que lo invade.

Se hace necesario entonces que en terapia se favorezca el abandono de la droga como fruto de la castración simbólica para que sus efectos abran la posibilidad en el sujeto de poner en juego su deseo nuevamente. Se inicia así la búsqueda de nuevos objetos consintiendo que lo real pueda ocupar el lugar del acto repetitivo y constante que es el consumo. La caída de la operación del Farmakon y la instalación del síntoma a nivel transferencial posibilita un avance y tal vez permita la aparición de la abstinencia, intermitente, o quizás definitiva.

Según se expresan en el libro Sujeto, Goce y Modernidad (Sinatra et al. 1994) se intentara abrir las interrogantes alrededor del objeto droga que se presenten como consecuencia de la castración buscando alguna de las grietas donde esa falsa construcción de saber que genera la droga se haya amedrentado. Buscando que el sujeto se replantee su posición en tanto sujeto de deseo, intentando que enfrente lo real que lo determina en el camino de la abstinencia.

## 9. Conclusión:

Existe una gran diversidad de discursos referentes a la toxicomanía. La operatoria adictiva se establece como una forma de auto conservación que aunque resguarda al sujeto de una amenaza de devastación mayor debe pagar el costo de la pérdida subjetiva. Este avance en lo que es la teoría permite aclarar algunos conceptos anteriores que erigían la figura autodestructiva del toxicómano.

Podemos afirmar que el psicoanálisis no toma la toxicomanía como una organización autónoma sino que, en tanto fenómeno, se muestra atravesando el registro de configuraciones clínicas como son la perversión, la neurosis y la psicosis.

Denotando una ruptura con el postulado que propone como causa de la toxicomanía a la droga y teniendo como efecto la adicción. Se demuestra desde la teoría y desde la práctica, que para el psicoanálisis la causa permanece como enigma e indeterminada. Lo cual permite un abordaje que trata de interrogar ese enigma del toxico en una práctica de desustancialización de la clínica.

La presentación del toxicómano se determina por manifestar de manera prevalente el acting-out o el pasaje al acto. La formación de la metáfora del síntoma forma parte del proceso terapéutico, ya que no siempre el mismo está presente. Según Alan Didier (1997) si bien el discurso tiene amarre y hace lazo con otros, manifiestan falta de confianza en el significante.

En sujeto toxicómano se presenta en la mayoría de los casos sin un síntoma que incomode y denota en sus comentarios falta de implicación. No hay interrogantes para él y localiza la causa de su problemática en la sustancia o en un otro. Exige a su vez una respuesta concreta y "mágica" para la gestión de su problema, algo que extirpe el malestar del que son víctimas. El ámbito terapéutico en adicciones no está exento de dificultades en el establecimiento de la transferencia, es probable que se manifieste ese "no querer saber" acerca de las dimensiones desconocidas de los propios actos. Aunque son portadores del mismo.

Las sustancias psicoactivas son aquí referenciadas como forma eficaz de luchar contra el displacer, el adicto plantea la dificultad de tolerar el goce del Otro. El toxico se muestra como un modo de hacer con lo real.

En la época contemporánea impera el goce, el cual exige su satisfacción inmediata, sin restricción. Para ello se ha construido una sociedad donde proliferan

objetos y sustancias erigidas como grandes satisfactores, verdaderos hiperobjetos fetichizados socio activados según Silva M. (2013). Se configuran estilos de vida que son sobre expuestos a través de los medios de comunicación masiva.

Me gustaría agregar acerca del concepto tan complejo que propone Le Poulichet acerca de la Operación del Farmakon. La utilización del farmakon que se manifiesta como consumo no constituye una adicción en tanto solo posee cierto sentido mágico.

Finalmente puede estructurarse la Operación del Farmakon, donde se promueve una degradación de la subjetividad. Mostrando así el desvanecimiento del deseo, ya que cobra mayor entidad el acto que cualquier otra elaboración que posibilite una articulación a nivel de significantes.

Entre otras características acerca de la función del Farmakon se destaca en primer lugar la cancelación toxica del dolor y en segundo término la búsqueda de satisfacciones alucinatorias.

Como lo manifiesta Sylvie Le Poulichet (1990) en cuanto a que las quejas de estos pacientes evocan así una forma de mutilación. Cuando ya no se ejerce la acción del farmakon, resurge ese dolor narcisista que intenta ligar las excitaciones. Freud hace referencia a esto cuando demuestra que dicha actividad ocurre cuando fracasan las ligazones significantes en el intento de organizar la realidad psíquica del sujeto.

En sí misma la operación del farmakon significa una cancelación tóxica del dolor y una restauración del objeto por la vía alucinatoria. Acontece, como lo manifiesta Le Poulichet, en respuesta a una falta de elaboración del cuerpo, que evoca, según las diferentes toxicomanías, una perturbación del narcisismo o a una falta de elaboración del cuerpo pulsional, ligadas ambas directamente a una insuficiencia de la función simbólica. Esta estrategia no siempre alcanza ya que cuando se produce sobredosis, no hay conservación del narcisismo a través de la Operación del Farmakon, la misma no es suficiente

La terapia con pacientes adictos se visualiza como un camino plagado de dificultades y alguna que otra frustración por parte del terapeuta cuya tarea está fijada por el hecho de contener al sujeto y sostener el vínculo, en el intento de crear demanda y en base a las potencialidades del sujeto plantear la existencia de un futuro más allá de las circunstancias de consumo en el cual se plantea su vida desde ese presente incierto que habitan.

## Referencias bibliográficas.

1. Abraham, K. (1988). The psychological between sexuality and alcoholism. *Selected papers of Karl Abraham* (pp. 80-89). New York: Basic Books.
2. Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
3. Escohotado, A. (1999). *Historia general de las drogas*. Madrid: S.L.U. Espasa Libros.
4. Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico. Obras completas*. (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu editores.
5. Freud, S. (1905). *Proyecto de Psicología*. En: *Obras Completas*. (Vol. 1, pp. 323- 465). Buenos Aires: Amorrortu.
6. Freud, S. (1905). Tres ensayos de una teoría sexual. En *Obras Completas* (Vol. 7, pp. 111-222). Buenos aires: Amorrortu.
7. Freud, S. (1992). *Fetichismo*. En *El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras*. (Vol. 21, pp.141-152) Buenos Aires: Amorrortu.
8. Freud, S. (1986). Cartas a Wilhelm Fliess 1887-1904. Buenos Aires: Amorrortu.
9. Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En: *Obras completas* (Vol. 14, pp. 67-98). Buenos Aires: Amorrortu.
10. Freud, S. (1965). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidos.
11. Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En: *Obras completas* (Vol. 14, pp. 241- 252). Buenos Aires: Amorrortu.
12. Freud, S. (1992a). *La negación*. En *Obras Completas*. (Vol. 19, pp. 249- 258). Buenos Aires: Amorrortu.
13. Freud, S. (1992b). *Tres ensayos de teoría sexual*. En *Obras Completas*. (Vol. 7, pp. 109- 223). Buenos Aires: Amorrortu.
14. Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En: *Obras completas* (Vol. 19, pp. 3-66). Buenos Aires: Amorrortu.
15. Freud, S. (1988). *Inhibición, síntoma y angustia*. En: *Obras Completas*. (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
16. Freud, S. (1980) *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
17. Garat, G. (2013). Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. (Análisis N° 1/2013) Friedrich Ebert Stiftung. Recuperado de: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/10001.pdf>

18. Garat, G. (2012). *Marihuana y otras yerbas. Prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay*. Montevideo: Debate.
19. González de Rivera, J. L. (1982). Las toxicomanías y sus psicodinamias. *Psiquis*, 3, 205-208. Recuperado de: <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1982-LAS-TOXICOMANIAS-Y-SUS-PSICODINAMIAS.pdf>
20. Gonzalez de Rivera, J. L. (1991). *Psicopatología del comportamiento*. Libros de texto europeos de psiquiatría. Barcelona: Anthropos.
21. Gonzalez de Rivera, J. L., De las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis*, 13(8), 287-324. Recuperado de: [www.psicoter.es/component/option,com\\_docman/Itemid,73/task,doc\\_download/](http://www.psicoter.es/component/option,com_docman/Itemid,73/task,doc_download/)
22. Gori, R. (2010). *As patologías do niilismo em nossa modernidade*. Tempo Psicanalítico, 42(1), 107-129. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/cniet/v36n2/2316-8242-cniet-36-02-00013.pdf>
23. Johnson, B. (1999). *Three Perspectives on Addiction*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 47(3), 791-815. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000128>
24. Khantzian, E. J. (2016). A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. Am. J. Drug Alcohol Abuse. En Mack, A. H., Brady, K. T., Miller, S. I. & Frances, R. J. (Ed.), *Clinical textbook of addictive disorders* (pp. 213-222). New York: The Guilford Press.
25. Khantzian, E. J. (1990). *La adicción y el self vulnerable*. Nueva York: The Guilford Press.
26. Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
27. Kohut, H. (1978). *The Search for the Self, Selected Writings of Heinz Kohut 1950–1978*. New York: Paul Ornstein. International Universities Press.
28. Laplanche, J. & Pontallis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
29. Le Poulichet, S. 1996. *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos aires: Amorrortu editores.
30. Naparstek, F. 2009. *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II*. Bueno Aires: Grama ediciones.
31. NIDA (2009a) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (2 Ed.). Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

- Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
32. Piperno, P. (2006). Adicciones: ¿desintoxicación o cura por la palabra? *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(2), 73-85. Recuperado de <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272006070206.pdf>
  33. Radó, S.(1933). The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *The Psychoanalytic Quarterly*, 2(1), 1-23. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1933-03345-001>
  34. Salcedo, N. (2015). LSD y Psicoterapia: Un recorrido sobre su aplicación en el contexto clínico incluyendo la experiencia en Uruguay. (Tesis de Grado, Universidad de la Republica). Recuperado de [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_natalia\\_salcedo.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_natalia_salcedo.pdf)
  35. Salinas Gallardo, K. (2009). Toxicomania y Psicoanálisis “Estatuto discursivo del farmakon, su ambigüedad y reversibilidad presente en las intervenciones en toxicomanía”. (Tesis de Grado, Universidad academia de Humanismo Cristiano) Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/918/tpsico320.pdf?sequence=1>
  36. Silva, M. A. 2013. *Propuesta de una definición transdisciplinaria y operativa de adicción. Toxicología vincular*. Montevideo: Psicolobros.
  37. Sinatra, E. S., Sillitti, D. 1994. *Sujeto, goce y modernidad. Los fundamentos de la clínica I*. Buenos Aires: Atuel-TyA.
  38. Sinatra, E. S., Sillitti, D. 1994. *Sujeto, goce y modernidad. Los fundamentos de la clínica II*. Buenos Aires: Atuel-TyA.
  39. Tomad, J. (2015). La adicción como defensa maníaca. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 8(2), 1-7. Recuperado de <http://www.apuguay.org/apurevista/1960/168872471966080103.pdf>
  40. Vera Ocampo, E. 1988. *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Paidós.
  41. Winnicott, D. 1979. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
  42. Winnicott, D. 1972. *Realidad y juego*. Buenos Aires: Galerna.
  43. Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. En Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. & Langod, J. G.(Ed.) *Sustance abuse*. (pp. 820-843). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

44. Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use*. New York: Aronson.
45. Wurmser, L. (1987). *Flight from conscience: Experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers*. Part One: Dynamic sequences underlying compulsive drug use, volume (4), pp. 157-168. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(87\)80010-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(87)80010-7)
46. Wurmser, L. (1987). *Flight from conscience: Experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers*. Part Two: Dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users, volume (4), pp. 169-179. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(87\)80011-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(87)80011-9)