



Experto en Psicología clínica y psicoterapia en adultos

MÓDULO II. PROBLEMÁTICAS PSÍQUICAS



www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA VII. LAS ADICCIONES

Introducción

En el diccionario de Psicología de J, Farré Martí se define la adicción como “la tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación al consumo de drogas, al uso de objetos - ordenadores, televisión - a la repetición de actividades - juego compulsivo -, hasta el punto de dañarse a sí mismo o a la sociedad”.

Belloch y otros en el Manual de Psicopatología, en Volumen I, refiere a la adicción no tóxica y la define como la “dependencia hacia un objeto o actividad donde no existe ingesta de ningún compuesto químico que ocasione cambios biológicos nocivos para el organismo”. Es una conducta persistente donde el sujeto pierde el control voluntario, incrementa la frecuencia o cantidad de la actividad a medida que pasa el tiempo. Es progresivo. Lo paradójico de lo recién mencionado es que por un lado se busca efectos placenteros y por el otro se observa en esta patología el efecto negativo sobre el individuo y la sociedad.

En el Diccionario de Ciencias Médicas de Stedman define Adicción como el consentimiento de dependencia habitual psicofisiológico de una sustancia o práctica que está más allá del control voluntario. Se considera adicto a la persona que está habituada a una sustancia o práctica especialmente considerada peligrosa. Adicción implica dependencia. La ecuación simbólica sería: dependencia-esclavitud En la dialéctica del amo y del esclavo, Hegel plantea que para que el amo sea amo debe existir un esclavo y viceversa. En este caso es el sujeto adicto quien depende de una sustancia o práctica, es el esclavo. Es quien sacrifica su libertad, deja de controlar su vida. Es el amo, la sustancia, objeto o práctica adictiva quien maneja toda conducta del esclavo, del adicto.

A pesar de que la ludopatía es una enfermedad muy antigua, su reconocimiento oficial por Instituciones mentales no se produce hasta 1980 – antes, salvo el psicoanálisis, se le

asociaba al vicio y al mal hábito - cuando la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), incluye el juego patológico como una categoría dentro de la clasificación "trastornos del control del impulso no clasificados". La ludopatía forma parte de un cuadro obsesivo-compulsivo. Según el DSM esta clasificación abarca cinco categorías específicas: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, juego patológico, piromanía y tricotilomanía.

Para el manual del APA, los "trastornos del control del impulso" se definen por tres características esenciales: fracaso en resistir el impulso y deseo o tentación de llevar a cabo algún acto dañino para el individuo o para los demás; sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto; experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

En cuanto al diagnóstico de la categoría *ludopatía*, la APA establece las siguientes características, de las cuales se deben cumplir al menos cuatro:

- Frecuente y creciente preocupación por el juego o por obtener dinero para jugar, con tendencias a recordar experiencias lúdicas del pasado y a planear nuevas actividades.
- Jugar, con frecuencia, más dinero del previsto o por un período de tiempo más largo del pensado.
- Necesidad de incrementar el volumen o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
- Intranquilidad o irritabilidad en caso de no poder jugar o al intentar reducir o dejar el juego.
- Engaña a los miembros de la familia, terapeutas y otros para ocultar el grado de implicación en el juego.
- Pérdidas repetidas de dinero en el juego y reiteración en éste para recuperar las pérdidas.

- Cometer actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
- Fracaso repetido en los esfuerzos por dejar o reducir el juego
- Aumento en el juego ante dificultades psicológicas y/ o sociales.
- No cumplir con obligaciones familiares, sociales u ocupacionales para poder jugar.
- Persistencia en el juego a pesar de la imposibilidad de pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos - sociales, profesionales, legales -, que la persona sabe que son incrementados por el juego.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), coincide prácticamente en su totalidad en lo referido a esta categoría en su "Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales". En esta clasificación, el juego patológico está incluido en la categoría "Trastornos de los hábitos y de los impulsos", la cual abarca ciertos trastornos de la conducta que no son clasificables bajo otros códigos. Esta sección define al juego patológico como "el trastorno que consiste en episodios frecuentes e interactivos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Las indicaciones anteriores son importantes para ponerlas en juego con el discurso psicoanalítico, que, como siempre, discurre de que se trata de otra cosa.

Adicciones. La adicción en Freud

Freud en "La sexualidad en la etiología de las neurosis" resalta que la necesidad sexual se debía a la acción de sustancias químicas, semejante a la de los estupefacientes. Y aconsejaba en particular para el tratamiento de la neurastenia un desacostumbramiento de los hábitos masturbatorios. Ya en la "Carta 79" a Fliess sugiere que la masturbación es la primera adicción y que las otras, tales como el alcohol, la morfina, el tabaco, etc., sólo

se incluyen en la vida como sustitutos de ella. Identificaba la sexualidad con una intoxicación, ya que, a través de la absorción del supuesto tóxico, se satisfacía una necesidad sexual. Lo sexual termina por ser considerado como un “cuerpo extraño tóxico” en esta época. En relación a la etiología de la neurosis de angustia hablaba de sumación de factores - cantidad e intensidad en un cierto lapso de tiempo - y lo comparaba con los efectos del alcohol.

En la "Carta 55" a Fliess relaciona la dipsomanía con la represión sexual, y en el caso al



que se refiere hay una sustitución de un impulso por otro, asociado a la sexualidad.

En los "Tres ensayos para una teoría sexual)" argumenta que la adicción remite a la fase oral del desarrollo, confirmando la

existencia de una relación entre la adicción y la masturbación infantil trabajada anteriormente.

En posteriores escritos relaciona la psicopatología de la manía y el humor con el alcoholismo y la intoxicación, estableciendo fundamentos para una comprensión más profunda de las adicciones. En "El chiste y su relación con el inconsciente " adjudica al alcohol una función desinhibitoria “que apaciguaría la crítica conectando al sujeto con el placer del disparate.

En sus "Contribuciones a la psicología del amor, " Freud contrasta la relación del amante con el objeto sexual con la del bebedor de vino. Mientras que el amante persigue una serie interminable de objetos sustitutos, ninguno de los cuales brinda entera satisfacción, el

bebedor está más o menos atado a su bebida favorita y la gratificación reiterada no afecta la recurrencia de su poderoso deseo. Los grandes amantes del alcohol describen su actitud hacia el vino como la más perfecta armonía, el modelo de un matrimonio feliz. En "Acerca del mecanismo paranoico" se refiere al papel desempeñado por el alcohol en los delirios de celos y sugiere que la bebida suprime las inhibiciones y anula el trabajo de la sublimación. Como resultado de esto la libido homosexual queda liberada y el bebedor sospecha que la mujer por quien está celoso se relaciona con todos los hombres a quienes él mismo está tentado de amar.

Ya en 1917, en sus "Conferencias de introducción al psicoanálisis" Freud apunta que las intoxicaciones y las abstinencias producen la misma sintomatología que las neurosis actuales, con una misma propiedad de influir sobre todos los sistemas de órgano y todas las funciones.

No importa que las sustancias tóxicas sean introducidas en el cuerpo desde el exterior o que sean engendradas por su propio metabolismo: se refieren siempre a perturbaciones en el metabolismo sexual; la sexualidad es concebida aquí como un tóxico.

En su "Complemento metapsicológico de la doctrina de los sueños" compara las alucinaciones tóxicas tales como los delirios alcohólicos con la psicosis demencial. El cree que el delirio alcohólico surge cuando hay privación de alcohol, lo cual implica que es una reacción a la pérdida del alcohol sentida como intolerable.

En "Duelo y melancolía " expresa que "la intoxicación alcohólica ", en la medida en que consiste en un estado de elación, pertenece al grupo de los estados mentales maníacos. En la manía hay un relajamiento en el gasto de energía sobre la represión. En el alcoholismo la liberación de impulsos reprimidos se ve posibilitada por la toxina.

Posteriormente en 1927, en "El humor, Freud hace nuevamente referencia a la intoxicación. Compara el humor con la elación y sugiere que significa no sólo el triunfo

del yo sino también del principio del placer. Un año más tarde en "Dostoievski y el parricidio", volverá a relacionar a la sexualidad con los procesos tóxicos.

En los años treinta - "El malestar en la cultura" - llama la atención sobre las modificaciones de las condiciones de nuestra sensibilidad por obra de la intoxicación, el método químico. Además, alerta sobre el efecto del repliegue al mundo interior que provocan estas sustancias embriagadoras, como una manera de sustraerse a la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece "mejores condiciones de sensación y alivio del dolor".

Narcisismo y Adicciones.

Sobre el concepto de Narcisismo en Freud y el Yo ideal

Dos problemas centrales existen respecto a la conceptualización que Freud hiciera del narcisismo: en primer lugar, que utilizó dos definiciones distintas, una de carácter evolutivo psicosexual como fase intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal, y otra de carácter estructural como permanencia de una catexis libidinal en el Yo, que ninguna catexis de objeto elimina; en segundo lugar, en la definición evolutiva, la existencia hipotética de un narcisismo primario anobjetal contrapuesto al narcisismo secundario simultáneo a la formación del Yo por identificación con otros.

La existencia de la fase de narcisismo primario se vuelve muy problemática al considerarse estrictamente anobjetal, ya que el Yo y el narcisismo secundario se construyen a partir de los otros tomados como modelos identificatorios. Por eso algunos autores posteriores a Freud encuentran ese narcisismo primario en la relación entre la madre y el hijo. Racamier afirma: "Después de todo la seducción narcisista no está solamente en la fantasía. Está en la interacción. Pasa por el cuerpo. Sus instrumentos: la mirada y el contacto cutáneo". Piera Alaugnier formaliza esta idea interaccional en su

concepción del contrato narcisista que, resumido y simplificado por Kaes, queda enunciado así: "... El contrato narcisista generaliza estas propuestas y explica, en este aspecto, relaciones correlativas del individuo y el conjunto social: cada recién nacido llegado tiene que cargar al conjunto como portador de la continuidad y, recíprocamente, con esta condición, el conjunto sostiene un lugar para el elemento nuevo". Así, de la unidad madre-niño surgirán, más tarde, el Yo, el objeto y el narcisismo secundario. Este narcisismo secundario es el que define la autoestima, la valoración de uno mismo, a veces razonablemente objetiva, a veces distorsionada en los extremos del déficit o la grandiosidad narcisistas. En este apartado al hablar de narcisismo nos estamos refiriendo al narcisismo secundario donde el Yo ya se ha diferenciado del objeto, al menos parcialmente, y ha podido ser investido libidinalmente.

En el plano económico, las catexis de objeto no suprimen las catexis del Yo, sino que se produce un verdadero equilibrio energético entre esos dos tipos de catexis – véase Laplanche y Pontalis-, una coexistencia entre el amor a sí mismo y el amor a los demás, que puede tener énfasis variables entre ambos polos.

En el plano tópico, se liga el narcisismo infantil a una estructura o subestructura del aparato psíquico que es el Ideal del yo, formación narcisista de carácter permanente que, desde el interior del aparato psíquico, marca los modelos familiares y sociales de aspiraciones y exigencias ideales, de ideales a alcanzar y, por ende, se convierte en el regulador de los sentimientos de autoestima y sus vicisitudes. Freud introdujo también el término de Yo ideal, aunque nunca abordó una diferenciación sistemática entre el Yo ideal y el Ideal del yo. Algunos autores postfreudianos, como Numberg y Lagache, han tomado esta tarea, estableciendo al *Yo ideal* como una formación genéticamente anterior al Superyó, -que es heredero del Edipo, del complejo de castración. Lagache lo define así: "El yo ideal, concebido como un ideal narcisista de omnipotencia, no se reduce a la unión del yo con el ello, sino que implica una identificación primaria con otro ser, cargado con la omnipotencia, es decir, la madre". Según este autor el Yo ideal sirve de apoyo a las

identificaciones heroicas, que son las identificaciones con personajes excepcionales y prestigiosos.

El Ideal del yo

Chasseguet-Smirgel ha investigado, con constancia y profundidad la importancia del ideal del yo en la evolución humana y las relaciones entre narcisismo e ideal del yo. No utiliza la oposición Yo ideal-ideal del yo, sino que considera al primero como la formación primitiva, narcisista, del ideal del Yo, que es la culminación edípica del proceso de idealización. Ella, siguiendo a Freud, considera al Ideal del Yo como el heredero de la ilusión infantil de omnipotencia, acompañados de sentimientos de dicha con tintes maniacos y ligado a la fusión con la madre.



Precisamente la separación con la madre afecta a la autoestima y causa sentimientos de inferioridad el evidenciarse al niño su debilidad y su dependencia de los cuidadores externos y a partir de ese momento se abre una brecha entre el Yo y el ideal del Yo que

dura toda la vida, así como el esfuerzo de los seres humanos para reducir o acabar con esa brecha. De ahí que las vicisitudes del ideal del Yo- de carácter regresivo correlacionado con las adquisiciones del desarrollo -impliquen siempre los diferentes modos o intentos de reconquista del narcisismo perdido, inalcanzable como unión perfecta, en ese sentido siempre insatisfecho, pero siempre anhelado, vislumbrado en algo cercano a la completad original sólo en momentos como el orgasmo, el enamoramiento o la intoxicación con drogas. Este anhelo narcisista de unión primordial,

de retorno al seno materno – dígame el paraíso perdido – pasa a influir, a matizar, las pulsiones básicas, sobre todo la libidinal.

Sobre la culminación de su proceso evolutivo escribe Chasseguet-Smirgel que “sabemos que el narcisismo proyectado frente a sí, y que forma precisamente el ideal del yo, pasará después a investir otros objetos, y en el caso del varón, recaerá en la figura paterna en el momento del Edipo; el padre pasa a ser su modelo o su proyecto, de identificación”. Sigue matizando que “en mi opinión, los tropiezos de esta evolución del Ideal del Yo nos permiten comprender mejor las relaciones del ideal del yo con el desarrollo general del individuo”.

Cuando las cosas marchan bien se continuará por el camino largo y difícil de la maduración y el desarrollo, el camino de convertirse en adulto, implicando luchar contra las adversidades del ambiente para aceptarlo y ubicarse en él, sin negar la separación original sino superándola en nuevas y maduras relaciones de objeto donde se acepte la dependencia recíproca entre hombres y mujeres, las limitaciones del sujeto y las prohibiciones paternas, así como la identificación y reelaboración individual de los ideales y de las normas sociales.

Pero también la añoranza de recuperar la experiencia de completud y omnipotencia original puede llevar al atajo de Nirvana – tensión cero, camino del goce -, a la vía corta de las ilusiones narcisistas presentes en ciertos grupos de ideología preedípica o en el estado de intoxicación con drogas psicotrópicas, situaciones que parecen tener por finalidad el remover por medios no psicóticos el doloroso límite que la realidad viene a oponer al deseo de expansión infinita del hombre.

Narcisismo y sociedad

El superyó y el ideal del yo, al implicar la internalización de normas e ideales familiares y sociales, se convierten en instancias psíquicas intermediarias entre lo individual y lo social. Max Weber en su texto sobre la ideología protestante señalaba la idoneidad de

dicha ideología, que ya se sabe estimulaba valores como la austeridad, el trabajo y el ahorro y el individualismo, para funcionar en el capitalismo naciente como modelo dominante el del carácter neurótico obsesivo.

Guinsberg en 1994 señala cómo cada marco social e histórico concreto determina e influye en las características concretas de los modelos de subjetividad predominantes. En esta etapa actual de capitalismo avanzado, que en lo económico se caracteriza por el neoliberalismo y la globalización y en lo cultural por el apunte posmodernista, los modelos de subjetividad, ya dicho en otro tema anterior, son de tipo preedípico: el carácter fronterizo y el carácter narcisista, formando los primeros el conglomerado de población más numeroso de personalidades dependientes, inmaduras y manipulables, y el segundo la de líderes manipuladores y explotadores de los otros. En lo que respecta a la sociedad, el énfasis ideológico y propagandístico ha pasado de la productividad al consumo. El mercado es el dominante y su dictadura tiene como prototipo la fugacidad de la moda. Ahora no se promueve la austeridad sino el consumo de corte hedonista.

Psicopatología narcisista y Adicciones

Las drogas psicotrópicas, incluido el alcohol, se vuelven doblemente funcionales en este contexto señalado: a la industria legal e ilegal que las produce y comercializa le genera enormes ganancias, y a los usuarios le permite una gran satisfacción hedonista de carácter profundamente narcisista: el reencuentro ilusorio con la completad originaria y sus afectos beatíficos y/ o maniacos. En los pasillos de consultorios públicos se escucha el describir de los familiares la relación del adicto con sus drogas: “está muy enamorado de sus drogas”.

La relación de un adicto con sus drogas es muy similar a la de las parejas, con su efecto ilusorio de recuperación de la unicidad perdida. E muchos casos lo jóvenes, al efecto farmacológico y psicológico individual, se agrega el efecto ilusorio del grupo preedípico, la pandilla de adictos, que permite mantener una identidad vicariante diádica, donde la

identidad individual, que no se diferencia, cabalga sobre el grupo, sustituto de la relación dependiente con la madre; esto es, “ soy y me defino en función y a través del grupo”., en una socialización sincrética – dicit Bleger – expresión del fracaso en la triangulación edípica y manifestación de las dificultades para alcanzar la individuación adulta.

En el pasado se buscó un carácter o personalidad adictiva que diera una base psicopatológica común a todos los afectados por el uso crónico de drogas psicotrópicas. Hoy podemos decir que eso no existe. y que cuando más difundidas y asequibles son las drogas, más podemos apreciar que se pueden asentar su uso crónico sobre cualquier tipo de carácter, tanto preedípico como edípico. Es también visible que la reiteración de la búsqueda hedonista en las drogas, que promueve la experiencia narcisista, favorece el desarrollo de caracteres narcisistas preedípicos o de rasgos acentuados narcisistas en todo tipo de caracteres.

El aislamiento narcisista del adicto con su droga se vuelve una de las configuraciones defensivas que más frecuentemente se encuentra en nuestra práctica clínica. Las familias se quejan de que sus miembros adictos “no los oyen ni los ven”, viven en un mundo aparte, permaneciendo aislados, aunque coexistan en el mismo medio que la familia. El desmontaje de dicha organización es requisito indispensable en todo proceso psicoterapéutico que promueva la recuperación del adicto.

Igualmente es observable que algunas de las recaídas en el proceso de recuperación tienen que ver con mecanismos narcisistas.

Freud describió un mecanismo psicodinámico que alcanzó a llamar “fracaso ante el éxito” y que correlacionaba, en sus casos clínicos, con un sentimiento intenso de culpa inconsciente. Existen muchos casos clínicos con estas características de fracaso ante el éxito, y, a veces, su psicodinámica no correlaciona con la culpa superyoica sino con la omnipotencia del narcisismo infantil, como por ejemplo según el discurso” otros no podrán, pero yo si puedo tomarme unas copas o inhalar unas rayas de coca sin recaer en

la adicción”; postura que fracasa al poco tiempo por la reinstalación del círculo adictivo. Un alcohólico ya pasado por muchos tratamientos acude a consulta y señala: “Tengo que ir cada cierto tiempo a alcohólicos anónimos para que con los testimonios de los otros recuerde lo mal que me iría si vuelvo a tomar, ya que sin ese recordatorio me volvería la omnipotencia y volvería a empezar “.

Adicciones y síntoma. Neurosis y perversión

El montaje adictivo reemplaza al síntoma. Tiene como función otorgar una estabilidad – evidentemente relativa- cuando no se cuenta con la eficacia del síntoma. El término "operación farmakón" – proveniente de Sylvie Le Poulichet - nos es útil para dar cuenta de esos montajes, cuyo objetivo es el sostén de las llamadas "formaciones narcisistas" que, a diferencia de las "formaciones del inconsciente", resguardan un equilibrio precario del yo: alguien puede imaginarse como siendo uno, sin clivaje, sin escisión, remitente a la no castración. A diferencia del síntoma, que dice de la escisión subjetiva – sujeto dividido -, aquí se trata de dar forma y consistencia a un yo que intenta paliar la amenaza de algo insoportable. Qué es lo insoportable y cuál es la defensa ante esa amenaza es lo que va a diferenciar los montajes, que – al decir de Le Poulichet – nombramos como suplencia o suplemento.



Se recurre a la droga como suplencia cuando se está ante el riesgo en la autoconservación, el riesgo de la existencia misma. Es siempre un intento de dominio sobre el cuerpo, que en general nos es ajeno y enigmático, como un intento de suplir la falencia, alcanzando la ausencia, de

otro garante de la funcionalidad de ese cuerpo y de esa mente.

La droga promete ese dominio, pero obliga al sujeto a no poder descansar en el Otro. No es el hacedor de él mismo, pero tiene que ser su constante vigía y guardián. Confiar en el Otro y mantener la incógnita de nuestro cuerpo implica un reconocimiento de una falta del ser y del tener. Esa falta es lo que permite ocuparse de otra cosa, estamos hablando del deseo.

El ejemplo extremo de este recurso lo dan las psicosis. La ausencia del Otro simbólico deja abierta la constante amenaza de un goce que no está mediada ni por la palabra ni por los disfraces imaginarios. Esto hace real al peligro: el de ser, en lo real, objeto de ese goce. La operatividad de la droga es buscada allí donde se intenta cerrar los orificios del cuerpo bloqueando la intrusión del Otro, o bien desapareciendo a la mirada de ese Otro. Sus puntos extremos son los repliegues casi autistas o catatónicos en el intento desesperado de crear un borde que los diferencie y los resguarde. Son seguramente los casos más graves. Cuando la droga se entrama y sirve de sostén a construcciones delirantes, es muy difícil producir borde alguno, y en consecuencia intervenir.



No siempre la apelación a la droga como suplencia es signo inequívoco de psicosis. Hay puntos de falla de la función paterna que sólo comprometen aspectos parciales de un sujeto. La suplencia intenta aquí remediar una "parcial apertura al goce", aunque en ese lugar sea

desbordante.

El Otro fundante en estos sujetos es promotor de patología en un doble sentido, cuando su función queda por completo ausente o bien cuando es el que nunca pueda salir del lugar del que "sabe" lo que pierde en una demanda no dialectizada para el sujeto.

Podemos citar una frase que anuda la tragedia: “Ahora que me droga mi madre, ahora ya sabe cual es la causa de su sufrimiento”.

Las adicciones como suplemento se expresan de dos maneras diferentes: en las estructuras neuróticas y en las perversas.

En tanto suplemento, el montaje adictivo, se pretende como un modo de lograr una "prótesis narcisista", en sujetos que no ponen en duda ni la existencia del Otro, ni la de ellos mismos, pero que sí están desgarrados por la hiancia que separa el yo real, al decir freudiano, del Ideal. La droga sirve para apuntalar una "impostura" estructural que fracasa. A la vez es la que mitiga el dolor de ese "ya no ser" o "aún no soy". La droga brinda un suplemento imaginario que permite sostener la insignia fálica y un reconocimiento, al precio de congelar el deseo.

Lo insoportable aquí no es la amenaza de la invasión del Otro y el aniquilamiento subjetivo, sino la castración. De ahí que muchas veces el recurso "salvador" precipite a pasajes de "hacerse mierda", “hacerse desecho” o apuntalar en el caer” del dulce placer de no ser nada”

Es también utilizado como "remedio para melancólicos". Esto último dice de la dificultad, frecuente en los adictos, de duelos que parecen imposibles de realizar; la adicción es conservadora de un doble aspecto: de una imagen yoica - valorizada y anhelada por perdida - y del objeto al que no puede renunciar. Simulacro de la muerte, o simulacro en la locura, para protegerse de la castración. El tóxico aparece también como una promesa de salir de un vacío, de una envoltura cerrada de nada en que se ha transformado el sujeto por su identificación con el objeto perdido.

En su lucha con la castración, el neurótico utiliza con frecuencia montajes adictivos con características transgresivas: "me drogué años en casa y nadie se daba cuenta", “paseé por delante de la policía y nadie advirtió que llevaba droga”. Típicas escenas donde alguien, ubicado en el lugar de Otro, resulta ciego, cómplice o impotente. Para cumplir

con los requisitos ese otro engañado debe ocupar un lugar simbólico: los padres, los maestros, la policía, los terapeutas.

En la perversión propiamente dicha, en cambio, la transgresión mantiene una doble ilusión: se sabe sobre el goce y no se registra la hiancia respecto del Ideal. La droga sirve aquí para sostener esa creencia y algo más: es un modo de hacerse cada vez mejor instrumento de esa escena en que se dirime la repetición del acto. Le sirve para cumplir mejor el papel de regiseur y de instrumento principal en la representación perversa donde el partenaire neurótico será el encargado de soportar la angustia y su condición de sujeto escindido. Elude la castración al precio de desconocer su deseo y el sometimiento a una adecuación fálica: el de ser un instrumento del Otro del goce.

El incesto y goce

S. Leclaire se interroga sobre el incesto:

¿Qué quiere decir 'gozar sexualmente de la madre'? "El incesto entendido como el goce sexual de la madre es tan válido para el niño como para la niña. Afirmación chocante, sin embargo, es lo que corresponde a un enfoque psicoanalítico de la cuestión del incesto".

Leclaire sostiene que el incesto consumado del púber, de ahí en adelante, lo más frecuente, la hija con el padre solo tiene sentido médico-legal. No por ello deja de ser un síntoma grave o psicótico. El verdadero incesto en sentido psicoanalítico es:

"gozar sexualmente de la madre nos transportaría a una edad, como se dice, pre-edípica, a una edad que va del nacimiento a los cuatro o cinco años (...) una mujercita

como el varón no cuenta con los medios para llevar a cabo la posesión de la madre, por lo que el incesto no se realizaría nunca".

El incesto psicoanalítico tiene el carácter de una estructura fantasmática, el niño o niña es el 'objeto fantasmático elegido' por la madre, y se consuma como tal en las formas más diversa, el contacto, caricias, colecho, cohabitación, etc. Lo esencial para Leclair es: la particular excitación genital que el niño o niña experimenta con su madre en esta época precoz.

El incesto pre-edípico es el verdadero incesto psicoanalítico, como tal imposible, pero se manifiesta en la variada patología adolescente o adulta. La función de la madre en el triángulo edípico *"tiene que ser concebida como función límite. El límite no es un objeto. Si se toma a la madre como objeto se desvanece como límite. La relación incestuosa es la anulación o el escamoteo de la función límite "* Así como el placer es un eclipse moderado momentáneo del límite. *El goce sexual de la madre es el modelo mismo del goce."* Más aún con su pregunta: *"¿Cuáles son estos límites en un sujeto que ha tenido esta experiencia incestuosa y que en su edad pre-edípica quedó marcado con algo relacionado al goce? Se puede decir que está atrapado allí y que ya no podrá salir, o que le costará mucho trabajo hacerlo". Todos estos sujetos, a la vez, buscan el límite, tratan de reconstruirlo y al mismo tiempo, por su puesto, de transgredirlo."* Lo que Leclair fundamenta es crucial para la concepción del sujeto pre-adictivo, lo singular de la clínica de la drogadependencia: la pasión por el incesto; una madre inductora y un padre partícipe en su 'borramiento'.

Los casos que relata Leclair hay un factor en común, el contacto con la madre se realiza por distintas vías, la mirada los cariños el colecho, etc. En el caso que llama Cleo, una mujer que recuerda el vínculo incestuoso de niña con la madre, ella se encargaba de un modo perseverante de practicarle enemas, hasta vaciar su intestino. Todas estas formas producen una sostenida excitación genital, la marca indeleble del incesto infantil.

Olievenstein sostiene: "el cemento de la heroína, su atmósfera arcaica, pre-genital, se comprende que del símbolo a la realidad, el drogadicto cree haber encontrado el paraíso, es decir la Unidad". La instantaneidad del paraíso de la droga se dirige al 'Todo' de la unidad incestuosa.

Es preciso recalcar los numerosos relatos de pacientes drogadictos que señalan las formas más variadas, como sucesos vividos, de un vínculo incestuoso infantil con la madre. En muchos de ellos, colecho hasta la adolescencia con excitación genital. Por ejemplo, en uno de ellos quedó la enuresis hasta sus 28 años, sin saberlo, como el síntoma del colecho.

Otro paciente de una edad similar relata ya como situación traumática la relación sexual inducida por su madre en su pubertad, coincidente con la muerte del padre, es el incesto consumado, más grave que el infantil, con el agravante médico-legal. Un adolescente, antes de consumir drogas experimentaba una fuerte atracción sexual por su madre, luego del consumo de cocaína, durmiendo la siesta con ella se despertó asombrado ante la eyaculación que tenía. Un drogadicto con un delirio paranoico relató, sin implicarse, que su madre le practicaba la felación. Quedan en suspenso las frecuentes fantasías incestuosas, más o menos encubiertas, de los que no llegaron al acto.

Señalamos la afirmación de Olievenstein: "Los drogadictos son expertos en el arte de manifestarse por síntomas tanto neuróticos, perversos, psicóticos, psico-somáticos, que son utilizadas para tapar la abertura dejada por la rotura.". La rotura es el incesto infantil, el que retorna como 'las formaciones del objeto *a*'. Lo que la clínica nos enseña es en los casos de los pacientes duales.

El Ideal Narcisista sostiene lo idéntico a sí mismo, la existencia de lo Uno, el Ideal oculta la función estructural del Rasgo Unario, la marca que introduce en la subjetividad la pura diferencia, la alteridad es lo no idéntico a sí mismo, el sujeto. La subjetividad pre-adictiva es la pasión por la unidad, no solo es la negación de la alteridad del Otro, sino de la

escisión del sujeto, y es allí donde aparece el travestí. Es común que el drogadicto relate aventuras con travestís, como si fueran recaídas en el consumo.



Olievenstein utiliza el mito del Andrógino como la pasión del drogadicto por ser el Uno de los sexos. Es una forma de salida del sufrimiento de la falla primordial como sujeto desde niño. La conjetura del estadio espejo roto y la desmesura implica, a mi entender, una falla en los

tiempos de identificación del sujeto, la falla en la identificación del sujeto es inseparable de la función fallida del fantasma. La búsqueda de unidad narcisista en la instantaneidad del Andrógino -el travestido-, es lo que anula toda alteridad de los sexos, es una suplencia a falla primordial en la estructura de la castración. ¿Por qué la alteridad es un sufrimiento? Porque el Yo Narcisista no se identifico en la diferencia con el otro, con el otro sí mismo, menos en la alteridad de los sexos, la oposición masculino-femenino. La alteridad es el sufrimiento del drogadicto, quiere hacerla desaparecer, recurre al Andrógino; al travesti, el drogadicto debe ser *"una co-presencia bisexual"*.

En la alteridad de los sexos no hay uno sin el otro sexo, el drogadicto debe ser Uno, uno y el otro sexo. La desmentida de la castración prepara el terreno para otras transgresiones sexuales del drogadicto, es para cerrar la brecha de su identidad.

Lo real-imaginario del fantasma del Andrógino solo se produce por la incorporación de la droga, *"el drogadicto encontrará en su planeta la posibilidad que entreabra el paso del andrógino en una ilusoria mirada de amalgama de los contrarios y en una suspensión del tiempo vivido"* quedará la marca, el "dejá vue" de una transgresión aparentemente lograda. Pero con cada repetición del Andrógino está la decepción, la caída en el sufrimiento es mayor, en cada repetición se duplica la falta. *"La decepción será más*

importante cuando el deseo y la alucinación hubieran sido mas fuerte) Pero no le será posible vivir sin la instantaneidad de la pasión Andrógina, la que cree que le proporcionará, por un lado, la droga, y el sustituto del travestí.

Ludopatía

El juego en los niños

No podemos pensar que el juego en sí mismo es un productor de patología. El desarrollo psicofísico normal del niño requiere la realización de programa de juego suficiente y adecuado a su edad. Desde la lactancia el niño realiza sus juegos llevado por los distintos impulsos a través de sus etapas de crecimiento. El déficit en la actividad lúdica impone sobre todo un retraso psicomotor ya la acumulación de potenciales agresivos en parte exteriorizados en forma de una conducta alterada. Entre las funciones psicológicas desempeñadas por el juego infantil sobresalen las de ejercitar la psicomotricidad, estimular la comunicación con los otros y preparar al niño para la asunción de las normativas sociales, implicando la internalización de los límites.

Para Freud, el niño hace activo lo sufrido pasivamente. Es un espacio construido como función elaborativa que consiste en la ligazón de las excitaciones. Para Melanie Klein el juego es considerado como lenguaje donde el niño expresa sus fantasías, deseos y experiencias simbólicas por medio de juguetes y juegos – la técnica de la hora de juego -. El niño logra la representación y abreacción de sus fantasías masturbatorias. Tanto Freud como Klein coinciden en que el niño calma su ansiedad en el juego, donde lo sufrido pasivamente se hace activo y transforma el dolor en placer. En el juego tanto el niño como el adulto pueden crear y usar toda la personalidad. En el juego es posible la comunicación.

A lo largo de la historia se conoce la adicción al juego de emperadores romanos como Augusto y Claudio, así como literatos españoles como Góngora y Argote, y rusos como

Lermontov y Dostoievsky. Este último, que tenía una fuerte debilidad por la ruleta, plasmaría su tragedia en una obra clásica, "El Jugador" en 1863. Años después, en 1928, Freud y otros psicoanalistas analizaron este libro y fueron los primeros en hablar científicamente sobre la posible existencia de una conducta adictiva.

Ludopatía

La ludopatía, también conocida como juego patológico, afecta a sujetos que se ven impelidos a jugar de manera compulsiva.

Los psicoanalistas fueron los primeros en intentar explicar los orígenes de la ludopatía. Los autores más ampliamente citados en la bibliografía psicoanalítica referente al juego, y probablemente los que mayor influencia han ejercido en los trabajos posteriores de otros autores con orientación psicodinámica, fueron Freud y Bergler. Sin embargo, el primer estudio psicoanalítico sobre esta cuestión se remonta a 1914 y lo llevó a cabo Von Hattinberg. En 1920 Simmel fue el primero en presentar una discusión sobre el tratamiento de los jugadores, según este marco teórico – citado por Blanco, 1992 -.

La aportación de Freud al estudio del juego patológico se inicia con su trabajo de Dostoyevsky y el parricidio, publicado en 1928. Para este autor, la ludopatía tendría que ver con complejos edípicos de forma que el jugador buscaría en el juego una manera de experimentar placer a través del autocastigo, representando esto un sustituto de la masturbación. Para otros autores como Bergler, 1957, la base sobre la que se sustenta el juego patológico es la culpa por la rebelión contra las figuras de la autoridad que conduce al individuo en una necesidad de autocastigo, y conlleva la idea del masoquismo como núcleo de la ludopatía.

Más allá de estos estudios primigenios, otros autores psicoanalistas, sitúan, sin embargo, el origen del conflicto fuera de las etapas edípicas, e invocan otros mecanismos como la omnipotencia y la negación para explicar la irracionalidad con la que el jugador cree en su capacidad de ganar frente a toda lógica – Selzer, 1992 -. En esta línea un autor contemporáneo como Rosenthal, 1986, señala que el narcisismo es uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas. Un estudio realizado con 22 jugadores realizado en nuestro medio para evaluar la personalidad mediante la aplicación de tests proyectivos – TAT de Murray y el Rorschach- se encontraron rasgos de egoísmo-narcisismo, agresividad-rivalidad, inseguridad-dependencia y fantasía de éxito-dramatismo, pero no pudo delimitarse un perfil homogéneo de personalidad común a todos los pacientes – Denia et al, 1993 -.



Hay dos factores fundamentales en la ludopatía. El primero es que es un hábito o un "vicio". Y todos los hábitos se desprenden de aquél primer hábito que es la masturbación infantil que se hace, al igual que el juego,

con las manos: el jugador toca las cartas, o pone con sus manos la ficha sobre el tapete, o tacha los números del cartón del bingo, o da al botón de la máquina tragaperras.

La pasión del juego es un equivalente de la pretérita obsesión onanista, como lo delata claramente la acentuación de la apasionada actividad de las manos.

Por otra parte, lo irresistible de la tentación, los juramentos y promesas de abandonar el juego, jamás cumplidos, y el remordimiento de estarse matando, tendencia al suicidio - aparecen inmutablemente conservados en la sustitución.

El otro factor consiste en la tendencia al autocastigo, como ya hemos indicado. En los casos en los que el juego lleva al sujeto a la más absoluta ruina, incluso a la cárcel, el juego es el modo de conseguir un castigo, de pagar una culpa, por supuesto, de carácter inconsciente. Aunque el jugador racionalice las causas del juego, y se diga: juego para recuperar el dinero y así poder pagar las deudas contraídas, él mismo sabe que no es cierto, como lo sabía Dostoyevski, lo importante es el juego en sí, el jugar por jugar. La cuestión repetitiva que denuncia el goce.

En Dostoyevski las etapas de mayor producción literaria fueron después de quedar en la ruina más absoluta, cuando ya el castigo había calmado la culpa inconsciente entonces, podía iniciar el camino hacia el éxito mediante la escritura.

La culpa es primigenia, anterior a la ruina; el jugador no es que se sienta culpable porque se ha arruinado, sino que es por la culpa inconsciente que se ha procurado el castigo de la ruina y las humillaciones y los insultos de los familiares a los que ha arrastrado en su ruina. Hace un llamado a sentirse agredido y humillado, aparentemente por el acto del juego, pero implica un más allá que alcanza a la culpa inconsciente.

La ludopatía es secundaria, lo primario es el sentimiento de culpa inconsciente. Existe el riesgo añadido de que, al perder mucho dinero, recurra a falsificaciones, engaños, robos, fraudes para poder seguir jugando, es decir a cometer actos delictivos, lo que les acerca a los conocidos en psicoanálisis como delincuentes por sentimiento de culpa, en los que la culpa inconsciente les lleva a cometer un delito – ya sabemos que en muchos delincuentes, sujetos que han pasado al acto, y no sólo en el caso del juego, buscan la determinación de una sanción por parte del Otro, en estos casos el juez; esto se formaliza de tal forma que si el acto sancionador no se realiza con sadismo desde el Otro

sancionador, tiene un afecto apaciguador, de atemperamiento de la vivencia interior del propio sujeto; si se cumple el sadismo por parte del Otro, ya no sólo que no apacigua, sino que se torna en más agresividad del propio sujeto implicado-. En Dostoyevski, también la culpa inconsciente estaba ligada a la muerte del padre, de ahí el gran despliegue literario que realiza el autor en esa obra maravillosa titulada “Los hermanos Karamazov “.

El sentimiento de culpa inconsciente que hace que el sujeto prefiera mantener su ludopatía, como castigo para aliviar esa culpa, repercute de lleno en los fracasos estrepitosos, en un paciente determinado, de diversos tratamientos. Y eso sólo se resuelve en análisis.

Alcoholismo y toxicomanías

Hay una profusa literatura psicoanalítica de los post-freudianos, sobre alcoholismo y drogadicción.

Karl Abraham examinó las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. Sugiere que el alcohol, al suprimir inhibiciones, incrementa la actividad sexual, no solamente de tipo normal sino también perverso, tal como el incesto, la homosexualidad, la escoptofilia y el exhibicionismo. Destaca que las perversiones como el sadismo y el masoquismo se hacen tan manifiestas que muchos crímenes brutales se perpetran en estados de intoxicación alcohólica. Al referirse al alcoholismo como evasión dice que el alcohólico utiliza el alcohol como medio para obtener placer sin problemas. Renuncia a las mujeres y abraza la bebida. Luego proyecta sus sentimientos de culpa sobre su esposa y la acusa de serle infiel. Abraham considera que la disminución de la potencia es causa principal de los celos del alcohólico. En su artículo "La primera etapa pregenital de la libido" Abraham destaca la importancia en todas las adicciones del deseo oral insaciable. Observó a pacientes que sufrían de alimentación compulsiva y excesiva y notó que si sus

deseos no eran satisfechos sufrían una tortura similar a la de los "morfinómanos y a la de muchos dipsómanos".



En el mismo artículo examina la adicción a los medicamentos y dice que el neurótico deprimido o excitado es a menudo favorablemente influido, aunque sea en forma pasajera, por el solo hecho

de ingerir medicamentos, aunque ellos no posean una acción sedante. Es interesante señalar que Abraham destacó sólo el factor oral de las adicciones sin vincularlas a los estados maniaco-depresivos.

Otro psicoanalista, húngaro, Ferenczi contribuye a la psicopatología del alcoholismo con la descripción de "un caso de paranoia alcohólica con delirios de celos". Piensa que entre los deseos heterosexuales conscientes y los deseos homosexuales inconscientes del paciente había un conflicto insoluble, pero sugiere que en este caso el alcohol sólo desempeñó el papel de agente destructor de la sublimación. En una nota al pie de página del mismo artículo dice que, en la gran mayoría de los casos, el alcoholismo no es la causa de la neurosis, sino su consecuencia.

El alcoholismo tanto individual como social sólo puede curarse con la ayuda del psicoanálisis, que revela las causas de la huida hacia el narcotismo y las neutraliza. Señala que cuando se abandona o se priva de alcohol quedan abiertos muchos caminos a disposición de la psiquis para "escapar hacia la enfermedad". En su examen de casos en una fecha posterior, de nuevo se refiere a la homosexualidad como problema fundamental subyacente al alcoholismo.

Juliusburger realizó varias contribuciones a la psicología del alcoholismo: destaca, 1912, la importancia de los impulsos homosexuales inconscientes en la dipsomanía, combinada con una tendencia al autoerotismo y a la masturbación. Considera a la homosexualidad inconsciente sólo como uno de los factores del alcoholismo. Examina las tendencias sádicas de los homosexuales, a menudo observable en quienes sufren de delirios celotípicos, y cree que el deseo de intoxicarse responde al deseo de perder totalmente la conciencia individual, subrayando la tendencia al suicidio.

P. Clark en 1919 pone el acento en la importancia de las regresiones profundas en el alcoholismo, tales como las primitivas identificaciones con la madre combinadas con un intenso amor a sí mismo. Está particularmente impresionado por la relación que hay entre depresión y alcoholismo. En varios de sus casos se registraron episodios depresivos irregulares pero periódicos. Describe el caso de una paciente que se entregó a la bebida por razones de soledad, depresión y falta de adecuación.

Aparentemente, el hábito alcohólico se constituyó para poder sobreponerse a situaciones desagradables y para ayudarla a olvidar. Sin embargo, otro paciente, un dipsómano, se tornó cada vez más depresivo y suicida durante las etapas posteriores del ataque de borrachera. En ciertos momentos asumía actitudes paranoides hacia las mujeres con quienes intimaba. Clark concuerda con otros observadores en que en algunos casos son los rasgos homosexuales y en otros los sadomasoquistas o exhibicionistas, los que aparecen en la superficie.

Kielholz realizó muchos aportes a la psicopatología del alcoholismo y la psicosis alcohólica –denominado delirium tremens-. Considera al alcoholismo como una neurosis narcisista relacionada con la psicosis maníaco-depresiva. Existe una obvia regresión al narcisismo, que se manifiesta en la vanidad, egoísmo y en el aumento de la autoestima del alcohólico. Examina la relación existente entre el exceso de bebida de los banquetes y la psicología de los festejos, y compara el jolgorio del alcohólico con la elación maníaca.

A la intoxicación alcohólica le sigue la melancolía alcohólica. Piensa que la disociación entre el ideal del yo y el yo es profunda e intolerable tanto en las melancolías puras como en las melancolías alcohólicas. Como consecuencia de esta disociación, el instinto de muerte se vuelve contra el yo conduciendo a menudo al suicidio. En el estado maniaco del festín alcohólico el instinto de muerte es volcado hacia afuera y el sadismo es abiertamente expresado y actuado. Kielholz concuerda con otros autores acerca de la frecuencia de las perversiones entre los adictos al alcohol.

Al examinar las experiencias alucinatorias delirantes del alcohólico, dice que, contrariamente a la opinión generalizada halló en el análisis experiencias profundamente enraizadas en la infancia. En un caso de delirium tremens descubrió una escoptofilia intensa, y ansiedades homosexuales y persecutorias que podrían vincularse con las experiencias y fantasías de la escena primaria. Sobre el tratamiento del alcoholismo sugiere que es importante controlar la bebida aconsejando una abstinencia total de acuerdo con el consejo de Freud para el tratamiento de las fobias. Al destacar la importancia del narcisismo, Kielholz concuerda con Clark. Al relacionar la fiesta del alcohólico con la elación maniaca coincide con el punto de vista de Freud. Aun más que Clark, Kielholz subraya la importancia de la depresión en el alcoholismo.

Rádo realizó una cantidad importante de contribuciones acerca del problema de la drogadicción. En 1926 destacó la predisposición a la adicción sugiriendo que "algunas manifestaciones del erotismo oral están siempre presentes en forma marcada, incluso en aquellos casos de toxicomanía en los que la droga no es ingerida por vía oral". Piensa que el "orgasmo alimenticio" experimentado primeramente por el lactante en el pecho es revivido en la adicción a las drogas, y la excitación sexual perteneciente a las fantasías de la situación edípica se descarga no por medio del onanismo sino a través del orgasmo alimenticio.

Él sugiere que en la drogadicción crónica "toda la personalidad mental representa un aparato de placer autoerótico. El yo es totalmente sojuzgado y devastado por la libido del ello". O sea, "convertido nuevamente en ello". "El mundo externo es ignorado y la conciencia desintegrada". Él dice que, por una parte, a causa del instinto destructivo, las organizaciones y las diferenciaciones mentales superiores han sido desechadas. Por otra parte, las tendencias agresivas se ligan al superyó del drogadicto, de tal manera que la tensión inconsciente de la conciencia se intensifica, implicando una gran necesidad de castigo que da por resultado un círculo vicioso.

Rádo piensa que una función importante de las drogas es la de proveer una coraza contra la estimulación interna, la cual se hace imprescindible cuando por obra de una estimulación excesiva se ha quebrado la barrera del dolor. También observa que las drogas producen sensaciones de tensión y al mismo tiempo alivian las existentes, siendo el resultado final la conversión de las tensiones dolorosas en placenteras. El estimulante abre paso a las intenciones trabadas del ello; aplaca asimismo las influencias inhibitorias, en especial las tensiones producidas por la conciencia. El efecto secundario del intoxicante es la producción de estados de bienestar que varían ampliamente en intensidad y calidad. Rádo destaca la naturaleza erótica de este estado y cree que en la drogadicción la intoxicación se ha convertido en objetivo sexual. Todo el aparato sexual periférico es dejado a un lado, estado que él denomina "metaerotismo". Tarde o temprano el fracaso en la concreción del orgasmo farmacotóxico ocurre por razones fisiológicas o psicológicas. Aparecen terribles estados de ansiedad, de excitación torturante y de visiones terroríficas relacionados con una poderosa reacción de la conciencia.

Rádo efectuó numerosas observaciones sobre el papel de la conciencia en la drogadicción, lo cual parece contradecir lo expresado por él en el mismo artículo en el



que dice que en la etiología de la no santidad de carácter mórbido no puede adscribir ningún papel específico a la tensión inconsciente de la conciencia y al

sentimiento de culpa. Rádo compara el estado deteriorado del drogadicto con ciertos aspectos de las etapas finales de la esquizofrenia, pero es más enfático en la elaboración de las similitudes de la manía y de la melancolía en relación con el estado de intoxicación y el de depresión que le sigue.

En 1933 Rádo destaca y elabora la importancia de la disposición narcisista del drogadicto, y sugiere que cuando las personas permanecieron fundamentalmente narcisistas reaccionan a la frustración con una "tensa depresión". Él cree que la base de la drogadicción es una "tensa depresión" inicial, marcada por una tensión dolorosa y al mismo tiempo un alto grado de intolerancia al dolor. Esto sensibiliza al paciente al efecto farmacógeno placentero, de modo que en el uso de la droga se halla un notable alivio. Continúa el tema del artículo anterior remarcando que el efecto de las drogas es apaciguar o prevenir el dolor y producir euforia y estimulación, sirviendo así al principio del placer. La relación resultante es una base necesaria al desarrollo de una "farmacotimia". En la relación farmacogénica el yo permanece en su estado narcisista original, el cual se vincula a la omnipotencia y a la realización mágica de deseos. Se libra de la depresión, de una ansiedad incrementada y de una mala conciencia. Pero la relación es transitoria, le sigue la depresión y en consecuencia una renovada necesidad de relación,

un proceso cíclico. Pone bien en claro que la farmacotimia es una perturbación narcisista, que por medios artificiales produce una disrupción de la natural organización yoica.

Las drogas causan una inflación sin valor del narcisismo e impiden percatarse del progreso de la autodestrucción, porque la elación ha reactivado la creencia narcisística del paciente en su invulnerabilidad e inmortalidad. El cree que una dosis letal de droga no se ingiere para cometer suicidio, sino para expulsar para siempre la depresión. Rádo destaca que el masoquismo juega una parte importante en los episodios psicóticos. Las alucinaciones y los delirios terribles en los que el paciente se cree perseguido o amenazado, particularmente por el peligro de la castración o de los ataques sexuales, son fantasías que satisfacen deseos masoquistas.

El yo de placer narcisístico desea placer sin dolor y por esa razón los deseos masoquistas latentes son proyectados y convertidos en fantasías terroríficas, no soportados. Rádo parece no creer que el drogadicto utilice el tratamiento de privación por razones de satisfacción masoquista sino para rehabilitar el valor depreciado del veneno. Es de la opinión que la homosexualidad del drogadicto se desarrolla bajo la influencia del masoquismo. Está impresionado por la frecuencia de las perversiones en la drogadicción tales como el fetichismo o el sadismo. En 1953 confirmó su anterior teoría acerca de la importancia de la ruptura extensiva del umbral de dolor en la etiología tanto de la depresión como de la drogadicción. Introduce su teoría del placer espurio de la elación que infla al yo o "self de acción". Dice que el efecto eufórico de las drogas se produce en dos etapas: introducen placer más allá del mero alivio del dolor y luego producen en el paciente una intoxicación con placer espurio.

Confirma la estrecha relación entre la intoxicación narcótica y el placer espurio de la manía. En 1958, Rádo pone de manifiesto la omnipotencia del drogadicto, quién sensibilizado por su depresión, encuentra en el efecto placentero del narcótico el cumplimiento de su anhelo por una ayuda milagrosa, a la que responde con una

sensación de triunfo personal. El divide ahora a las drogadicciones en tres grupos: el grupo psiconeurótico o maníaco-depresivo, el esquizofrénico, y el psicopático. Al examinar el tratamiento de la drogadicción, aconseja como primera medida la de retirar la droga, de preferencia en un hospital especialmente equipado, con apoyo psicoterapéutico para evitar los peligros potenciales de violencia y suicidio. En este artículo no hace referencia al tratamiento psicoanalítico del drogadicto, pero señala que, de un modo general, el pronóstico de la drogadicción es desfavorable.

Rádo concuerda con Kielholz, Juliusburger y Clark en subrayar la importancia del narcisismo y de la depresión en las adicciones. Coincide con Freud, Abraham y Kielholz en destacar los aspectos maníacos. Introduce el concepto de orgasmo alimenticio y sugiere que la droga provee de una coraza contra el dolor, lo cual parece ser una observación obvia. Sin embargo, Rádo es el primer analista que llamó la atención sobre el hecho importante de que las drogas son empleadas como defensa permanente contra el dolor. Parece percatarse más que los otros autores de la naturaleza deteriorante de las adicciones, que él vincula con la liberación incontrolada de los instintos destructivos.

Simmel entre 1928 y 1949 realizó numerosas contribuciones a la psicopatología y al tratamiento de la drogadicción y el alcoholismo. En 1928, al examinar la drogadicción, sugiere que los adictos sufren de neurosis narcisistas -maníaco-depresivo- que evitan utilizando mecanismos de la neurosis obsesiva. El cree que el efecto de la droga se focaliza en el superyó. También tiene en cuenta la importancia del sadismo en la drogadicción y piensa que, por causa de los impulsos asesinos y de la necesidad de autocastigo el tratamiento del drogadicto está plagado de peligros, en particular el suicidio.

Simmel subraya la importancia del narcisismo y la ciclotimia patológicos en la personalidad pre-mórbida del drogadicto. Cuando se desarrolla la drogadicción, el paciente se transforma más y más en el niño narcisista, e irrumpe a la conciencia el

infantil principio del placer. Al examinar la drogadicción grave describe una regresión a la fase de la succión en la que el paciente – fuerte y especialmente durante el tratamiento de aislamiento - representa a un ser ya incapaz de emplear su aparato mental para vincularse con los estímulos. En su lugar, el cuerpo responde autoeróticamente a las tensiones y a los estímulos, lo cual explicaría los cólicos, los vómitos y la frialdad que sufre el drogadicto durante el tratamiento de privación. Simmel señala las fantasías orales del adicto, de comer y de ser comido por otros, que él vincula con el último recurso del deseo del paciente de perder los límites de su yo como el niño en el útero materno. También destaca la relación entre el dormir y la drogadicción. El dormir es el cumplimiento de todo objetivo sexual infantil de alimentación al pecho o masturbación.

El dormir debe considerarse como una repetición de la situación dentro de la madre, pero el dormir y la situación prenatal también representan simbólicamente la muerte. El drogadicto que desea dormir y morir ha quedado bajo el dominio del instinto de muerte, impulsado por la dominación omnipotente del goce al decir de Lacan. Sin embargo, existe también una tendencia a desviar nuevamente hacia afuera el "odio introvertido", para envenenar a otro en lugar de envenenarse uno mismo, situación que es actuada por la seducción ante los demás para convertirlos en adictos.

También Simmel intenta clarificar la relación de la drogadicción con la enfermedad física, la neurosis obsesiva, los estados maníacos-depresivos y la perversión. Por ejemplo, vincula la drogadicción con los ritos obsesivos y la masturbación y sugiere que el deseo de drogarse es sólo una nueva edición del conflicto de la masturbación, de la misma manera que en la neurosis obsesiva. A menudo las drogadicciones comienzan con psiconeurosis bajo el dominio de mecanismos obsesivos, pero ante la vivencia de la intoxicación se convierten en neurosis narcisistas de tipo maníaco-depresivo. Simmel observa que, en la enfermedad física, en la depresión y la drogadicción, los instintos agresivos y destructivos se vuelven contra el yo.

En la enfermedad física, el dolor ligado al órgano corporal corresponde al objeto interno de la melancolía contra el cual se dirige la agresión. Ello explica, desde la perspectiva de Simmel, por qué el alivio del dolor físico por medio de la droga puede ligar por efectos de la droga con los mecanismos melancólicos. La drogadicción también actúa como defensa contra la melancolía: puede considerarse como una "manía artificial". Sin embargo, la manía farmacotóxica progresiva, en contraste con la manía espontánea, no ayuda al paciente a encontrar el camino de regreso a los objetos. Originariamente, la droga protege al yo en su conflicto con el ello, con la realidad y el sentimiento de culpa, pero en el curso de la adicción la droga usurpa el lugar de todos los objetos contra los cuales alguna vez se dirigió la agresión.

Simmel compara el tratamiento de privación con la fase depresiva de la enfermedad maníaco-depresiva, y sugiere que el drogadicto aumenta su dosis no a pesar de, sino a causa de la tortura que le significará la privación, situación que sirve a su necesidad de castigo por parte de un superyó severo. Simmel comparte la opinión de que la drogadicción está estrechamente vinculada con las perversiones y puede actuar además como una defensa contra la criminalidad. Tiene conciencia del significado simbólico de las drogas y sugiere que durante el análisis surge con claridad la frecuente identificación de las drogas con la orina y las heces y su relación con la compulsión a tomar algo repugnante. A menudo, el frasco o la jeringa representan al falo, pero en la capa más profunda de la simbolización, el falo está significando al pecho materno al cual el drogadicto anhela unirse.

Simmel cree que la madre del drogadicto es a menudo seductora y permisiva en exceso como madre nutricia y que extrae ella misma de la nutrición un placer autoerótico. Esta madre se constituye en el superyó temprano del drogadicto, fácilmente seducible y seductora, lo cual a su entender explica por qué el superyó del drogadicto totalmente desarrollado es corrompido con facilidad por el ello.



Al abocarse al alcoholismo, Simmel examina sus efectos sobre el yo y el superyó, y confirma la importancia de los instintos agresivos en el alcoholismo, que él supone se relacionan estrechamente con la enfermedad maniáco-depresiva. Piensa que en el alcoholismo es esencial establecer si la desintegración del yo es la causa o la consecuencia del consumo crónico de alcohol. Depende de la extensión de la morbilidad del yo que el alcohol ayude al paciente a encontrar una adaptación artificial a la realidad exterior o que su yo esté condenado a desintegrarse en forma progresiva y a perder la guía superyoica en el enfrentamiento entre los insaciables deseos instintuales infantiles y las demandas de la realidad. Si el yo regresa más allá de las etapas fálicas, anal y oral a su más temprana etapa pre-yoica, que Simmel denomina etapa gastrointestinal, el alcohólico deviene un adicto.

La estructura y la dinámica del alcoholismo no difieren entonces de las de ninguna otra drogadicción. Mediante esta regresión, se des-genitalizan más y más las actividades del alcohólico y las experiencias dolorosas que acompañan la masturbación infantil se convierten en sensaciones placenteras. Este proceso regresivo produce cada vez más

defusión: el amor es reemplazado por el odio, y el proceso de identificación se revierte así en la tendencia del alcohólico a devorar prácticamente sus objetos.

La bebida en sí misma se torna intercambiable con el objeto odiado, fundamentalmente la madre. Simmel sugiere que el alcoholismo implica un asesinato crónico y un suicidio crónico, pero piensa que los impulsos homicidas son más pronunciados en la adicción alcohólica que en otras adicciones, tales como la morfinomanía, en que el paciente es guiado más bien por impulsos suicidas. Confirma su anterior sugerencia de que todas las adicciones, y en especial la alcohólica, constituyen protecciones contra la depresión. Los sentimientos de culpa y desesperación que atormentan al alcohólico al volver a la sobriedad pueden estar en parte causados por el alcohol, pero están más relacionados con la depresión clínica que sigue a la manía. El considera como progreso significativo en el análisis de alcohólicos, cuando la reacción maníaca que acompaña el consumo del alcohol comienza a fallar y es reemplazada por sentimientos de miseria, depresión y culpa.

Simmel concuerda con Kielholz, Juliusberger, Clark y Radó en destacar la relación de la adicción con la depresión, pero subraya además el carácter maníaco de la adicción, perspectiva que comparte con Freud, Abraham, Kielholz y Rádo. Tanto Simmel como Rádo intentan clarificar la disolución del superyó y la ascendencia gradual de los instintos destructivos en las adicciones. Para Simmel es importante el deseo de unidad con un objeto, el deseo de comer y ser comido.

Estas últimas observaciones han sido retomadas por Lewin. Realizó varias observaciones detalladas sobre el cambio en la estructura de carácter de los adictos. Puesto que Simmel poseyó durante varios años un sanatorio en Tegel se podría pensar que tenía bajo observación y tratamiento a muchos más alcohólicos y drogadictos que la mayoría de los analistas. Pero a pesar de ello no da ninguna información en cuanto a la cantidad de pacientes tratados ni sobre los resultados obtenidos.

Glover realizó un aporte más detallado acerca de la drogadicción. Intenta arrojar luz sobre el desarrollo del abordaje psicoanalítico de la drogadicción y el alcoholismo, examinando críticamente el trabajo de otros analistas desde el punto de vista histórico. Por ejemplo, destaca la imposibilidad de sostener la relación de la drogadicción con una etiología libidinal y una regresión a la oralidad y a la homosexualidad. Se ha prestado demasiado poca atención a la progresión de los instintos, y a considerar que los estados psicopatológicos constituyen exageraciones de estados normales en el dominio de la ansiedad. El exige que se examine el impulso a sobreponerse a "las molestias de una organización paranoide inconsciente".

En otras palabras, se pregunta hasta dónde un estado obsesivo o una adicción implican una defensa contra un "estado paranoide subyacente". Piensa que últimamente se ha progresado al prestar más atención a las reacciones producidas por el grupo de las pulsiones agresivas, por ejemplo, relacionando la homosexualidad inconsciente con el problema del sadismo.

En razón del énfasis otorgado por Freud a la importancia de la agresión en el desarrollo yoico, Glover cree que es preciso hacer notar que estas enseñanzas no han aparecido completamente reflejadas en las formulaciones etiológicas concernientes a la paranoia. Compara con cierto detalle los trabajos de Melanie Klein con los de Abraham, van Ophuijsen, Kielholz, Fiegenbaum y Fenichel. Piensa que el sadismo primitivo y el complejo de Edipo temprano que estudió Klein, representan una parte importante en los delirios de envenenamiento y las drogadicciones. Dirige su atención a la sugerencia de Schmeideberg según quien en las drogadicciones trabajan mecanismos por medio de los cuales objetos peligrosos introyectados pueden ser convertidos en sustancias buenas, las que pueden ser utilizadas para expulsar o neutralizar las sustancias malignas. Glover estudió la relación existente entre la adicción a las drogas, los estados psicóticos, las neurosis obsesivas y las peculiaridades neuróticas de carácter. Supone que es en la drogadicción más que en las neurosis bien definidas o los estados psicóticos donde se

puede detectar claramente la existencia de una serie de situaciones edípicas nucleares. Estas formaciones nucleares arcaicas están agrupadas en racimos antes que en simples series consecutivas. Glover tiene conciencia de que la aceptación de una temprana organización yoica polimorfa implica una refundición de los conceptos descriptivos y rígidos existentes hoy sobre el narcisismo.

Mucho de lo que ha sido considerado hasta ahora como perteneciente a la organización narcisista debería ser relegado a un sistema de relaciones objetales. Piensa que el término "fijación oral" es demasiado vago. Al examinar la posibilidad de establecer un mecanismo específico para la drogadicción sugiere que esta reacción específica representa una transición entre la fase psicótica más primitiva y la fase psiconeurótica ulterior del desarrollo. Supone que los distintos tipos de drogadicciones representan variaciones en el monto de las fuentes erógenas originales de libido, y en consecuencia diferentes fusiones del sadismo.

Según la experiencia de Glover, la fantasía básica del drogadicto representa una condensación de dos sistemas primarios, uno en el que el niño ataca y luego repara órganos del cuerpo de la madre, y otro en el que la madre ataca y luego repara órganos del cuerpo del niño. Estas fantasías también representan sistemas de masturbación.

En sus conclusiones, Glover destaca particularmente la función defensiva de la drogadicción que, según él, controla los ataques sádicos, menos violentos que los asociados a la paranoia, pero más severos que los enfrentados en las formaciones obsesivas. También subraya que la drogadicción actúa como protección contra la reacción psicótica en estados de regresión.

En uno de sus casos apareció un sistema paranoide después del retiro de la droga. En otro no hubo una reacción paranoide notable tras la privación, pero el elemento melancólico era extremadamente conspicuo.

Sin embargo, aun en los estados más agudos, los mecanismos melancólicos no son puros. Glover está particularmente interesado en saber si la sustancia elegida por el adicto es nociva o inocua. Piensa que, en la elección de un hábito nocivo, el elemento sádico es decisivo. La droga sería una sustancia, tomada como objeto parcial, con “propiedades sádicas” que pueden existir tanto en el mundo interno como externo, pero que sólo desde adentro ejerce sus poderes sádicos. Las sustancias benignas están más ligadas a los intereses erógenos, la explotación de un desarrollo ulterior y con predominancia libidinal genital como reaseguro contra las fases masoquistas tempranas. Glover destaca también que el adicto explota la acción de la droga en términos de “un sistema infantil de pensamiento”.

Otro psicoanalista, Knight contribuyó con varios artículos acerca de la dinámica del tratamiento del alcoholismo, sosteniendo que la adicción alcohólica más que una enfermedad es un síntoma. En muchos casos se descubren tendencias psicóticas, en particular rasgos paranoides y esquizoides.

Durante el período de excesiva ingestión alcohólica el paciente entra temporariamente en un estado psicótico y a menudo se registra un acting out regresivo de pulsiones inconscientes libidinales y sádicas. Pero este autor también opina que el alcoholismo representa un intento de encontrar alguna solución o cura al conflicto emocional, e intentó definir el carácter del alcohólico y describió lo que él considera una constelación familiar típica de los pacientes alcohólicos. La madre por lo general parece ser sobreprotectora e indulgente en exceso. Trata de apaciguar al niño satisfaciéndolo constantemente, de tal manera que el eventual destete del niño sólo puede significar la traición de la madre que lo condujo siempre a esperar indulgencia, y el niño intenta por todos los medios recapturar esta experiencia perdida.

A lo largo de su vida tratará de obtener de la gente una indulgencia pasiva y desarrollará modos orales característicos de tranquilizarse cuando sus deseos sean frustrados, deseos

que por ser tan inmensos lo más probable es que a menudo se frustren. A esto reaccionan con rabia, la cual es vivida por lo común como una insatisfacción inquietante y un agitado



resentimiento interno. Toda aflicción psicológica resultante de los sentimientos de inferioridad, de la pasividad del paciente, de la frustración y de la rabia, y de la culpa o rencor, es mitigada por el

pacificante alcohol.

En cambio, el padre del alcohólico es casi siempre frío y nada afectuoso, más bien dominante respecto de su familia e inconsistentemente severo e indulgente hacia su hijo. Por lo general hay un resentimiento y una rabia reprimidos contra esta poderosa figura paterna y a menudo la bebida representa una parte de una rebelión adolescente no resuelta contra el padre. Knight destaca que el paciente restaura al beber la profunda perturbación de su autoestima. Relaciona el deseo de beber con el antiguo deseo infantil insaciable del pecho, pero este deseo se refuerza por el desafío del paciente a la sociedad, a sus padres y por su protesta masculina. Después de beber está deprimido, con intenso arrepentimiento y asqueado consigo mismo. También se ve aterrorizado por la peligrosa destrucción que importa la conducta a la que se ha entregado. Pero a pesar de ello conserva una confianza suprema en la magia del alcohol. El paciente se siente traicionado por el alcohol, pero sufre su atracción, del mismo modo como se sintió traicionado por su madre y sin embargo la deseó con vehemencia por sus indulgencias.

Al examinar la técnica del tratamiento, Knight destacó que la llamada técnica ortodoxa de análisis no puede ser mantenida con los alcohólicos porque éstos no pueden tolerar

la actitud no comprometida del analista. Cuanto más severo es el caso más imposibilitado se encuentra el paciente para enfrentar esto. Compara al alcohólico con los esquizofrénicos, los que a su entender son en todo momento hipersensibles ante cualquier indicio de rechazo por parte del analista.

Por lo tanto, el analista debe ser mucho más activo y no debe adoptar una actitud de crítica o de condena de la bebida o de cualquier otro vicio durante la sesión. Sugiere que es útil conducir varias sesiones amistosas con el paciente sentado. Durante estas oportunidades puede establecerse un buen vínculo inicial, sacar al descubierto mucho material, y poner en conocimiento del paciente por medio de un hábil interrogatorio y maniobrando gradualmente el uso del diván y proceder así al análisis. Puesto que el alcohólico tiene mucha necesidad de complacencia y de afecto, más que interpretarlas deberán satisfacerse algunas de sus necesidades.

Knight trató a sus pacientes alcohólicos en un sanatorio y piensa que es imprescindible la supervisión institucional de los pacientes con adicción a las drogas o al alcohol. El sanatorio debe ofrecerles una nueva realidad que no sólo los aisle de su previa situación de vida neurótica, sino que además provea un manejo científicamente controlado de su reajuste en la institución. Dicho control debe ayudar al tratamiento psicoanalítico por estar dirigido contra el principio del placer, de manera tal que conduzca al paciente hacia el análisis de su conducta como única solución.

Durante el tratamiento en el hospital es importante la disociación de la transferencia. A menudo existe una forma espuria de transferencia positiva en la que el analista es visto como un salvador, pero el resto de la institución es considerado inservible y despreciable. Todos los fragmentos escindidos de la transferencia negativa deben ser, para lograr algún progreso, traídos e interpretados en análisis. En el análisis institucional, el analista puede emplear información suministrada por las enfermeras, cuando las interpretaciones acerca de su amor espurio sean reiteradamente negadas por el paciente.

Las observaciones de Knight difieren notablemente de las de los analistas citados hasta ahora. El destaca la existencia de un entorno patológico temprano y tardío del alcohólico y sugiere la necesidad de una modificación del tratamiento analítico en los casos de alcoholismo. Parece coincidir con Simmel en lo referente a las múltiples dificultades técnicas que surgen en el tratamiento de drogadictos y alcohólicos.

Toxicomanías

Otto Fenichel examinó tanto la adicción a las drogas cuanto la adicción sin drogas. Define como adictos a quienes tienen disposición a reaccionar ante los efectos del alcohol, la morfina y otra droga, de tal manera que tratan de usar estos efectos para satisfacer simultáneamente un anhelo arcaico de naturaleza sexual, un deseo de seguridad y un deseo de mantener la autoestima. Dice que los drogadictos se hallan fijados a un objetivo narcisista pasivo y que sólo están interesados en obtener satisfacción, nunca en satisfacer a sus parejas. En otras palabras, los objetos para ellos no son nada más que abastecedores de provisiones. Estos pacientes son intolerantes a la tensión, y tras sentir elación, el dolor y la frustración se tornan aun más insoportables, induciendo al uso excesivo de la droga. Bajo su influencia, las satisfacciones eróticas y narcisistas coinciden de nuevo visiblemente, incrementándose la autoestima en forma extraordinaria.

En determinadas adicciones, en particular la adicción al alcohol, Fenichel destaca la desaparición del superyó por medio del alcohol. Coincide con otros autores en que la periodicidad de ciertos trastornos de la bebida se vincula con la periodicidad de los estados maníaco-depresivos.

Examina la adicción sin drogas, y sugiere que "en los adictos a la comida, ningún desplazamiento ha transformado al objeto original, al alimento". "Estadios ulteriores del desarrollo pueden haber agregado otros significados inconscientes al alimento patológicamente deseado", pero "en los caos severos el área de la comida constituye el

único interés que conecta a la persona con la realidad". Destaca que existe una relación característica entre la avidez por la comida, las fobias a la comida y ciertos tipos de anorexia. Al examinar la terapia de la adicción, Fenichel sugiere que el mejor momento de iniciar un análisis es durante o inmediatamente después de la privación, pero no se pretenderá que el paciente permanezca abstemio durante el análisis. Es probable que si tiene la oportunidad vuelva a emplear la droga cada vez que predomine la resistencia al análisis. Esta es la razón por la que los adictos deberán ser analizados de preferencia en una institución y no como pacientes ambulatorios.

Fenichel expresa también la tendencia del adicto a hacer acting out durante el análisis. Coincide con Rádo, Simmel y Glover en observar la relación existente entre las drogadicciones y los estados maniáco-depresivos. Al destacar la importancia de la desaparición del superyó concuerda con Simmel. Hace lo mismo con Juliusburger, Clark, Kielholz, Simmel y Bergler en cuanto al narcisismo del adicto.

Meerloo estudió desde diversos ángulos el problema de la drogadicción, y además ha tratado psicoanalíticamente a varios drogadictos. Piensa que es difícil establecer límites precisos entre el hábito físico y psicológico de la droga. Pero, según él, ciertos síntomas de abstinencia son psicogénicos en su origen: por ejemplo, los síntomas de abstinencia tales como son los intensos dolores en los músculos del abdomen, podrían vincularse con los períodos de ira destructora después de una frustración oral por la madre. También halló fantasías de ser tragado por la botella, y de ser chupado por la madre, que se relacionaban con esa sensación de miseria física. El autor piensa que las diversas regresiones tales como la catalepsia, la manía, la conducta psicopática, la alucinosis, los ataques epilépticos o el delirium tremens debieran considerarse como síndromes psicósomáticos, pero nuestro conocimiento de la dinámica de la drogadicción no está, a su entender, lo suficientemente afinado como para exponer los mecanismos psicológicos subyacentes.

Meerloo intenta discriminar entre la psicología del alcohólico y la del morfinómano y otros drogadictos. Arriba a la conclusión de que la mayoría de los alcohólicos son maníaco-depresivos de tipo oral en tanto que la mayoría de los drogadictos lo son de tipo esquizoide, habitando un mundo mágico infantil. Sugiere la existencia de tres mecanismos mentales comunes a todos los tipos de adicción, un deseo vehemente de la experiencia del éxtasis, una pulsión inconsciente dirigida hacia la autodestrucción y una necesidad inconsciente e irresuelta de dependencia oral. Meerloo coincide con Lewis en el sentido de que en su estupor narcótico el drogadicto vivencia la unión con el pecho. De este modo, el drogadicto puede compararse con el paciente maníaco, aunque difiere de él en que necesita del alcohol o de la droga para poder vencer sus defensas anticannibalísticas. Sólo entonces estará en condiciones de regresar a este estado pasivo, oral y nirvánico.

La botella o la droga simbolizan, en mayor medida que para el paciente maníaco, no sólo la gratificación infantil, sino también la diosa devoradora que al tragar a los niños los transporta a un eterno nirvana. Pone de manifiesto que el éxtasis de la persona intoxicada y del drogadicto es una pseudo-elación: revive una antigua infelicidad que es una lucha repetida contra la madre introyectada. En un estado de éxtasis entran en juego tanto las fuerzas regresivas como las progresivas. El éxtasis extiende el yo y silencia la voz hostil de la conciencia, pero también induce a sensaciones oceánicas de fusión con el universo que en el análisis final es antitético a la autoconservación.

Las tendencias suicidas y masoquistas desempeñan un papel importante en todas las adicciones. Por ejemplo, el paciente desea hacer de sí un horrible espectáculo para poder



acusar a otra persona -habitualmente una figura parental - y gozar en secreto disfrazándose de víctima inocente. En lo que respecta al tratamiento, el autor expresa que la abstinencia de

alcohol y drogas puede ocurrir espontáneamente o bien en el curso del tratamiento psicoanalítico. El autor intenta en primer lugar la psicoterapia fuera de la clínica, pero si esto falla hace "reacondicionar" al adicto en la clínica, aunque por otro terapeuta. En la situación analítica, los síntomas de la abstinencia tienden a ser muy severos, puesto que se ven reforzados por la resistencia del paciente al análisis. Son utilizados como reproches y ataques al analista. Él ha observado el desarrollo de los síntomas alucinatorios típicos del delirium tremens. A continuación de estas experiencias y el alivio de estos temores el paciente deja a menudo de tomar en exceso.

El tratamiento psicoanalítico de alcohólicos y de drogadictos no sólo es difícil a causa de las implicancias farmacológicas y las influencias sociales contrarias, sino también por las primitivas raíces infantiles de las neurosis y la gran dificultad para acceder a ellas por análisis, siendo la adicción un modo tan fácil de hacer *acting out*. Aclara que muchos pacientes intentan sobornar al analista con una conducta pasiva y de abstinencia pasajera, esperando sólo un error, una demostración de firmeza, o interpretaciones perturbadoras por parte del analista para escapar nuevamente al modelo alcohólico o

narcótico. El autor describe el tratamiento de un adicto al opio que cambió del opio al alcohol, barbitúricos y cocaína, pero el último año de tratamiento no recurrió a ninguna droga.

Meerloo ha coincidido entonces con la mayoría de los autores en que gran parte de los alcohólicos pertenecen al grupo de los maníaco-depresivos, pero agrega su punto de vista según el cual los drogadictos son más bien del tipo esquizoide. Concuera con muchos autores en la importancia de los factores orales. Al examinar la agresión destaca más la autoagresión que los componentes destructivos. Coincide con Simmel, Fenichel, Weijl y otros en destacar el silenciamiento del superyó durante el éxtasis narcótico. Meerloo está de acuerdo con Rádo, Simmel, Weijl, Fenichel, Bergler y otros al examinar el anhelo del drogadicto por la unidad narcisística con el objeto.

R. Savitt, 1954, considera también el tema de la abstinencia. El argumento de su artículo concierne precisamente a la posibilidad de emprender un análisis, fuera de institución, con pacientes toxicómanos. Para este autor, el analista no debe formular demanda alguna de suspensión de la adicción. Aclara que parece importante establecer desde el comienzo una "atmósfera analítica tolerante y permisiva". A un paciente que le pregunta si debe interrumpir la droga, R. Savitt le responde que lo podrá decidir por sí mismo cuando el tratamiento esté más avanzado. El autor señala que se trataba de una "pregunta trampa": su paciente le replicó que, de haberle respondido por la afirmativa a su pregunta, habría puesto fin al análisis. Según R. Savitt, la interrupción de la droga se puede considerar progresiva, relacionada con los insight dentro de la cura.

H. Rosenfeld, 1961, propone un comentario sobre las dificultades con que se tropieza en estas curas, que se asemeja a las conclusiones de Fenichel. Es cuestión de "tratar la toxicomanía", que se presentaría como la combinación de un estado psicológico y de una intoxicación, conforme a una definición clásica de la toxicomanía en psiquiatría.

Son pocos los autores mencionados en la revisión (Knight, Fenichel, Simmel, Kielholz, Weijl y Meerloo que hayan examinado las dificultades técnicas surgidas en el tratamiento, tanto de los alcohólicos como de los drogadictos. Por lo general, están de acuerdo en que la supervisión dentro de una institución es esencial a los fines de controlar y manejar al paciente y su tratamiento. Kielholz y Weijl destacan particularmente la importancia de una abstinencia total. Meerloo intenta primero el tratamiento psicoterapéutico fuera de la clínica. Si esto falla, interna al paciente en una institución donde la privación de la droga la hará otro terapeuta. Luego prosigue el tratamiento dentro de la institución. Knight, quien subraya la importancia del tratamiento institucional, destaca la necesidad de modificar el abordaje analítico, suponiendo que el alcohólico no puede tolerar la pasividad analítica ordinaria. Examina la importancia de analizar la típica disociación de la transferencia, entre el analista espuriamente idealizado y algunos otros miembros del personal con quienes se actúa la transferencia negativa.

Toxicomanías y Lacan

Hugo Freda refiere seis consideraciones que indica Lacan acerca de la toxicomanía entre los años 1938 y 1975.

En 1938, plantea a la toxicomanía oral como producto del trauma psíquico, el destete. La toxicomanía viene a reconstruir la armonía perdida producida por la experiencia de separación.

En 1946, esta idea de separación sigue vigente. Ubica a la intoxicación orgánica como un intento ilusorio de la resolución de la discordancia entre el yo y el ser. Posteriormente, en los años sesenta, formula la idea del sujeto como tal, confrontándola con los estados de conocimiento del yo que deslizan el pensamiento de una anulación de la división del sujeto y el goce.

Freda toma como conclusión que, en esta primera época, la intoxicación en sus formas es tratada como respuesta no sintomática que intenta anular la división del sujeto, optando por la afánisis en lugar del significante.

En 1966, Lacan en “Psicoanálisis y Medicina” considera los términos a la vez de droga y toxicomanía; con el “marché” de tranquilizantes y alucinógenos se generan nuevas nociones acerca del destino de aquellos. Se organizan los usos de manera diferente y se redimensional el discurso psicoanalítico, girando en dirección del goce. Es un momento donde el producto de la ciencia redefine a la droga, cambiando su estatuto de nuevo.

En el '73, en el Seminario inédito “los desengañados se desengañan”, la clínica de los tres registros destituye el imperio del significante, dando otro lugar al tratamiento de lo real y al estatuto de la toxicomanía. Lacan indica que el toxicómano queda convertido en “una sustancia ligera”. En las jornadas de clausura de la Escuela freudiana de Psicoanálisis, se plantea la angustia frente a la castración. La droga se la considera como aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el “pequeño pipí”; esto evidencia su éxito, pero el toxicómano no era definido en esa definición. Este acercamiento no llegaba para definirlo, no tampoco llega a explicar la elección del sujeto por consumir droga.

Eric Laurent en “Tres observaciones sobre la Toxicomanía” advierte: “nada en la toxicomanía, nos induce a otra cosa que un modo de ruptura con el goce fálico. No se trata de una formación de compromiso, es una formación de ruptura”. Y en este sentido es ruptura con lo particular del fantasma.

Para H. Freda, el toxicómano como personaje de la época es una cuestión que tiene que ver con el nombre, una manera de designar una práctica -la toxicomanía- a partir de la cual se crea un personaje -el toxicómano- que como un personaje más de la época, quiere probar en su hacer con la droga que el inconsciente no existe. Se trata de que el toxicómano no es un sujeto, que está definido por su práctica, que se autodenomina en

el “yo soy toxicómano” para escapar a la función fálica, borrando la dimensión del género, y que le permite un hacer con “el malestar en la cultura”.

Decir que no es un sujeto es decir que no está dentro de las leyes del significante, sujeto a las leyes del inconsciente y por tanto del deseo. En este sentido, la toxicomanía es planteada en el Seminario “El Otro que no existe y sus comités de ética” – inédito- como una nueva forma del síntoma, ya que define al sujeto por una práctica y no por su síntoma.

Continuando con la idea del toxicómano en su hacer con el malestar en la cultura, Eric Laurent plantea en “El lugar de la Pérdida en la cognición”, un doble efecto que se produce en la gran ciudad a partir de la segunda mitad del siglo XX: “por un lado el reino de la mercancía, de la publicidad, del signo, sumerge al sujeto en un mundo artificial creando un espacio social marcado por un efecto de irrealidad, efecto que se generaliza por los medios de comunicación y la televisión al que W. Benjamín llamaba el mundo de la alegoría”. E. Laurent lo formula como una metáfora de la vida.

“Por otro lado, el lugar del artefacto es el lugar de la agresión, de la violencia urbana, de la agresión sexual, del terrorismo”. El toxicómano es quien encarna con su modo de consumir ese “artefacto”. Consumo incesante, repetición, pulsión que se traduce en acto, en experiencias de riesgo producto de una búsqueda de satisfacción que no alcanza a satisfacerse y que además no cesa de marcar su destino.

F. Duque en el texto “Occidente y la guerra” relaciona la desaparición del individuo libre con la expansión universal de un modelo de subjetividad supuestamente libre sostenido mediáticamente y que no hace más que conseguir espacios de existencia virtual. Como consecuencia Duque plantea

“la inexistencia de una Singularidad. Lo que retorna es un espectro del individuo postmoderno que necesita –sin embargo- consumir incesantemente- como si fuera una

naturaleza mantenida en constante reanimación artificial- para poder lograr una sombra de identidad, para mantener algo de la memoria propia”

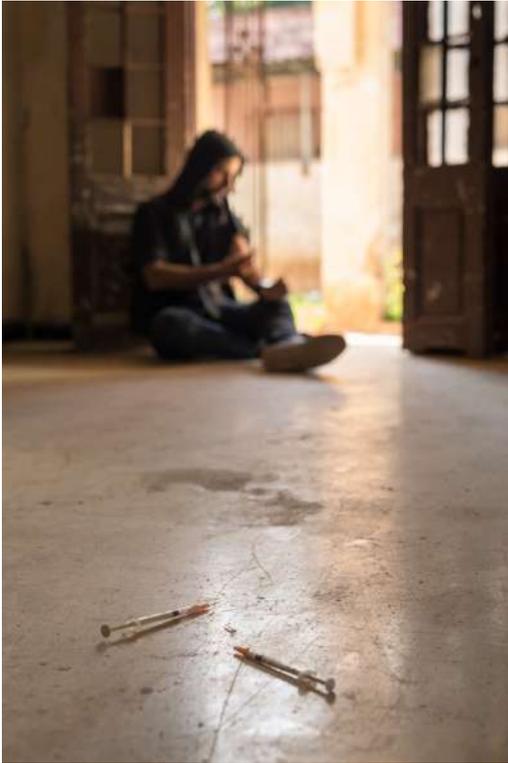
Duque nombra a esta figura como “un nuevo guerrillero”, figura que viene desde el exterior, y se transforma en drogadicto tanto por la distribución mafiosa hacia fuera y tomado a su vez por el consumo individual que se apropia de su interior. Ese drogadicto definido por Duque como nuevo guerrillero, lejos está de aquel personaje de la contracultura de los años ´60 que bajo el lema “sexo, drogas y rock and roll” se unía a un movimiento que prescindía del orden imperante del statu quo.

Nuevamente bajo la óptica de las nuevas formas de satisfacción. Nuevas formas del síntoma en la modernidad que nos enfrentan cada vez más con la responsabilidad de nuestra práctica, responsabilidad de ser más y más eficaces contra la pulsión de muerte, al decir de Eric Laurent. Nuestro principio a tener en cuenta en la clínica es una orientación en el tratamiento sobre la posibilidad de una pregunta: “¿quién soy?”, pregunta que en el mejor de los casos se establecerá para hacer surgir los restos de goce del inconsciente, y por lo tanto, un posible efecto de sujeto.

Jean-Jacques Déglon considera que sólo es posible para el tratamiento de esta “enfermedad” - define de esta manera esta practicidad -, la apuesta del psicoanálisis de orientación lacaniana será sustituir los valores de goce de la práctica toxicómana por un valor de sentido. Habrá que considerar el uno por uno de la singularidad con el objeto de poder establecer una diferencia.

Después de esta introducción a la cuestión lacaniana, y seguidores acerca de la toxicomanía, vamos a abordar la formulación de Lacan, más contundente, aunque breve sobre la droga, ya en 1975, en una conferencia acerca de la importancia de los carteles en la Escuela. Allí, Lacan dice "la única definición que hay de la droga, y este es el motivo de su éxito, es que la droga es aquello que permite romper el matrimonio del cuerpo con el

pequeño-pipí, el matrimonio del sujeto con el falo". Esta alusión de Lacan ha sido tomada por diversos autores, tanto para la elaboración teórica del fenómeno de la adicción como para pensar en sus implicaciones terapéuticas.



Con esta frase Lacan estaría planteando el efecto de la droga en el psiquismo como lo que se podría llamar una "formación de ruptura" en lugar de una "formación de compromiso", clásica definición, esta última, del síntoma desde Freud. Esta idea de una ruptura con el falo se basa en los desarrollos teóricos de Lacan de la década de los cincuenta sobre la noción de falo, desarrollos herederos del debate en torno a la noción de falicismo que ocupó a los psicoanalistas alrededor de los años 1920-30. En los seminarios IV y V, Lacan quiere resaltar la falta de objeto como constitutiva para el ser

humano, volviendo a tomar en este punto las ideas del propio Freud.

La noción de objeto falo implica la apertura de una dimensión imaginaria del objeto que lo hace distinto del pene y que lo enlaza a la falta como castración simbólica. Esta imagen fálica se relacionaría con el efecto del plano simbólico de la paternidad a través de lo que llama la "metáfora paterna". Este desarrollo lo continúa realizando una revisión del Edipo el cual considera marcado por tres tiempos. Para Lacan el objeto imaginario y luego significativo falo, es esencial para abrir paso al plano de la significación, definiéndolo como "el significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante". Por lo tanto, la ruptura a la que alude Lacan es una ruptura con el plano de la significación. El surgimiento

de la significación se enlaza a la ley instaurada a través de la metáfora paterna que a su vez tiene efectos en tres "tiempos" sobre el sujeto.

En este sentido, el recurrir a la droga podríamos entenderlo como un intento de dejar de hacer el objeto inaccesible, enredado en representaciones simbólicas e imaginarias, y volverlo presente.

Definitivamente, esta forma de pensar el fenómeno está sobre un eje distinto que el concebirlo desde la producción de formaciones del inconsciente, donde la significación pasa de un elemento a otro junto con encubrir una satisfacción que lo sustituya.

Al ver el fenómeno desde el efecto que produce la droga sobre el aparato psíquico, y pensarlo como un efecto de salida de la dimensión del sentido, la perspectiva de Lacan apunta en una dirección distinta de la planteada por Freud y los clásicos, con excepción tal vez de ese pasaje ya aludido en Freud, que de todas formas está muy lejos de transformarse en una conceptualización del fenómeno. Ya no puede entenderse la relación con la sustancia como un síntoma de conflictos inconscientes o como sustituto de la relación con objetos sexuales anclados en alguna "fijación". Tampoco sería producto de una estructura con características particulares. Es más bien una respuesta distinta frente a la condición de sujeto del inconsciente, o del "parlêtre" como diría Lacan al final de su enseñanza y, por lo tanto, deja de necesitarse una condición pre-mórbida específica para entender su aparición. Se está, desde esta posición, más cerca de la visión que da Freud en "El malestar en la cultura", y estaría en una serie con la alusión antes indicada de la diferencia entre la relación con la sustancia y la relación con el objeto sexual que el mismo Freud formulaba en 1912.

El seguimiento de esta línea de pensamiento la podemos encontrar en Tarrab al darle a este recurso al consumo de drogas por parte del sujeto el estatus de "solución". Tarrab distingue tres posibles soluciones frente al problema de la falta estructural de goce y de la falta de ser del sujeto, ya que "el sujeto, que entra como muerto en el lenguaje, carece

de sustancia" -Tarrab, 2000 -. La de la droga sería lo que llama la solución del soma, en oposición a las soluciones fantasmáticas y del síntoma. La solución del soma implicaría, además, una huida frente al problema sexual. De esta manera, ya no se necesita un conflicto o mecanismo inconsciente específico que se manifestaría a través de la adicción. El recurso a las drogas deja de estar en el plano de la consecuencia y se traslada al plano de las respuestas del sujeto, lo cual, a su vez, lleva implicada la noción de responsabilidad. Se ha pasado del plano de la formación de compromiso, del inconsciente, al de la formación de ruptura. Planteándolo desde esta perspectiva, y teniendo en mente las consecuencias clínicas, no podría decirse que la capacidad de desarrollar una adicción es privilegio de una estructura clínica en particular. La adicción sería un fenómeno posible de encontrar en las diferentes estructuras.

Al dejar de ser una formación del inconsciente, dejar de ser un síntoma e intentar situarse fuera del plano del sentido, lo que ha llamado Tarrab la "operación toxicómana". Plantea un problema de principio a la técnica psicoanalítica, que, desde su comienzo, desde la "talking cure" de la señorita Anna O. y Breuer, se instala como un método del libre asociar, del decir, y de las supuestas significaciones asociadas a ese decir. ¿Es posible abordar a un sujeto que ha desarrollado esta operación toxicómana con un método del decir? Esta parece ser la pregunta central a la hora de analizar un posible abordaje psicoterapéutico psicoanalítico del sujeto que ha desarrollado una adicción. Antes de intentar responder esta pregunta hace falta añadir otro elemento a la discusión.

La Explicación en el plano de lo biológico

Si bien la elaboración conceptual a partir de los enunciados de Lacan representa un importante aporte para el entendimiento del funcionamiento de la relación del sujeto con las sustancias químicas y la función que éstas cumplen en la estructuración psíquica, hay un punto que se precipita como no explicado.

Aquello que define lo que llamamos "adicción" es una "falta de control relativa" sobre el consumo y un girar de la vida psíquica en torno al consumo de la sustancia. Es decir, algo ocurre que el consumo de la sustancia se vuelve "compulsivo", deja de estar supeditado totalmente a la voluntad del sujeto. Esta característica es la que llevaba a H.Sachs, enfatizando "las fuerzas libidinosas que han sido separadas del yo", a colocar a las adicciones en un eslabón intermedio entre las neurosis y las perversiones, siendo esta característica clínica nombrada lo que la sitúa como estando más cercana a la neurosis obsesiva. Es decir, enfatizaba el carácter de compulsión de la conducta y su conversión como ajena al yo.

Esta "respuesta" a la situación de las faltas de goce y de ser, a la que se aludía en el apartado anterior, que se lleva a cabo recurriendo al consumo de sustancias químicas y que pretende una puesta en entredicho de los efectos de la metáfora paterna, es una respuesta que en algún momento se hace "forzada", no puede dejar de darse. Esta situación es parte constitutiva de la dinámica de la adicción y es de vital importancia clínica.

De otra forma nos encontraríamos en el ámbito del uso o abuso de sustancias, pero no en la adicción. En la medida que se mantiene en el plano de una respuesta frente a la falta, el sujeto sigue en el plano de la opción, opción que podría catalogarse de ética, ya que tiene el fin de encontrar una solución al enfrentamiento con la "roca de base" – Freud en referencia al complejo de castración -. Sin embargo, esta capacidad de "opción", por cuestionable que pueda ser la libertad asociada a ella debido a los múltiples condicionamientos descubiertos por el mismo psicoanálisis, es la que parece desdibujarse en algún punto del camino del consumo de sustancias adictivas.

La explicación de esta relativa falta de control ya no parece encontrarse en la conceptualización de la ruptura con la significación fálica, ya que la búsqueda de esta ruptura no sería forzada en el sujeto. La explicación de ese paso, el paso a la compulsión

parece mucho más viable desde el plano de la biología. Si bien se reconoce estar lejos de una explicación satisfactoria, la investigación en el plano biológico ha llevado a la identificación de los llamados "circuitos de recompensa" que involucran distintas áreas del cerebro y que estarían asociados a la producción de sensaciones placenteras relacionadas con las conductas naturales. Es así como se intenta elaborar un mapa de los circuitos nerviosos en que se basa la experiencia del placer – referencia de Pinel - y se intenta determinar los cambios biológicos involucrados en los distintos planos.

Es decir, se estaría hablando de un cambio en procesos neurofisiológicos y en alguna medida en determinadas estructuras del sistema nervioso, producto del ingreso en forma suficientemente frecuente, masiva y sostenida en el tiempo de determinadas sustancias. Estas sustancias tienen características específicas, capaces de "desregular" el funcionamiento de determinadas vías nerviosas involucradas en los circuitos del placer. Habría que pensar este cambio como algo ajeno a la psique, que ocurre a nivel del organismo, con lo cual el sujeto se encuentra. Esto marcaría la diferencia con lo que ocurre en la respuesta inicial, no compulsiva, que podríamos considerar incluida de lleno en el ámbito del sujeto. Para dar cuenta de este cambio no es necesario recurrir al ejemplo animal, ampliamente investigado desde la perspectiva médica de las adicciones incluyendo la "estimulación intracraneal". Es suficiente con evocar la relación con la nicotina, que, al no producir un efecto sobre la significación por no involucrar un cambio a nivel del estado de conciencia, sino simplemente producir como efecto la tendencia a no poder detener el consumo, deja entrever el fenómeno del que hablamos con mayor transparencia.

Al incorporar esta posibilidad de un salto de universo conceptual a nivel de la explicación del fenómeno, en realidad estamos descomponiendo el fenómeno mismo. Siguiendo este razonamiento podríamos distinguir, entonces, tres momentos en el proceso que puede llegar a conformarse como una relación adictiva con una sustancia. Un primer momento que implica un uso "no decidido" de ella, es decir, sin intentar situarlo a nivel

de una respuesta a la existencia; un segundo momento en que el sujeto escoge el camino del recurrir a las sustancias como una respuesta a la falta estructural de goce y de la falta en ser del sujeto - con o sin problemas objetivos asociados al consumo -.

Este momento implica el tomar una opción por una de las soluciones antes mencionadas, en este caso, la del soma; un tercer momento en que el ingreso sostenido en el tiempo y con determinada intensidad provoca un cambio en el funcionamiento real del organismo, por fuera del ámbito de lo simbólico y lo imaginario, y que lleva a que se produzca la verdadera "falta relativa de control" que clínicamente habría que distinguir de algún grado de habituación posible de encontrar en el momento dos, pero que aún responde principalmente al plano subjetivo. Es importante recalcar que es, en general, este tercer tiempo el que coloca una gran dificultad en la "viabilidad" de la respuesta antes mencionada para la vida del sujeto, ya que la dificulta en términos prácticos, llevando a situaciones vitales que tienden a ser poco sustentables en el tiempo, si bien los resultados pueden ser muy heterogéneos dependiendo de múltiples factores.

En el primer momento, la relación con la sustancia no tendría ninguna significación crucial para la posición del sujeto. Podría estar asociada a diferentes contenidos, como el logro de cierto grado de placer, la identificación a través del uso de la sustancia con personas significativas, la incorporación a grupos de pares, etc. En el segundo tiempo, el recurrir a la sustancia tendría un sentido más claro, en la línea de un indicio de una ubicación subjetiva frente a la falta estructural de goce y a la falta de ser del sujeto. En este momento, el consumo de sustancias podría considerarse un síntoma, tanto en su dimensión de mensaje cifrado como de satisfacción sustitutiva. En el tercer tiempo se produciría una autonomía de este síntoma en relación a los conflictos inconscientes, debido al cambio producido en el plano de lo biológico. La compulsión al consumo de la sustancia se explicaría por este cambio, que en la medida que lleva a la conducta del consumo lo sigue perpetuando. Esto la diferenciaría de las compulsiones como síntomas psiconeuróticos.

Bibliografía

- Laugier, P., 1975. La violencia de la interpretación. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1977.
- Bleger, J., 1971. "El grupo como institución y el grupo en las instituciones", en: Temas de psicología. Entrevista y grupos. Nueva Visión, Bs. Aires.
- Bleger, J., 1967. Simbiosis y ambigüedad. Edit. Paidós, Bs. Aires.
- Chasseguet-Smirgel, J., 1975. El ideal del yo. Ensayo psicoanalítico sobre la enfermedad de idealidad. Ed. Amorrortu, Bs. Aires, 1991.
- Déglon, Jean-J. "Un caso ejemplar: la toxicomanía" en *El libro negro del psicoanálisis. Vivir, pensar y estar mejor sin Freud*. Bajo la dirección de Catherine Meyer. Con Mikel Borch-Jacobsen / Jean Cottraux / Didier Pleux / Jacques Van Rillaer. Editions Les arènes. París, 2005.
- Duque, F. "Occidente y la Guerra" en revista *Descartes* n° 17, *El nuevo pensamiento español*. Anáfora editora. Bs Aires, 1999.
- Freud, S., 1897. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. 1898. La sexualidad en la etiología de las neurosis. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1905. Tres ensayos de teoría sexual. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1912. Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1913. Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S., 1925. Presentación autobiográfica. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1926. Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1930. El malestar en la cultura. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1932. 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., 1937. Análisis terminable e interminable. En Obras Completas (2ª Ed.), Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guinsberg, E., 1994. "El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal". Subjetividad y Cultura, México.
- Hacking, I. *La construcción social de qué*. Paidós. Buenos Aires, 2001.
- Ey, H. Tratado de psiquiatría, Edit. Toray-Massons.
- Kaes, R. 1987. "Los organizadores psíquicos del grupo", Rev. de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Bs. Aires.
- Lagache, D. 1958. El psicoanálisis y la estructura de la personalidad. En: Laplanche y Pontalis 1968. Diccionario de psicoanálisis.
- Laplanche J. y Pontalis, J.B. 1968. Diccionario de psicoanálisis. Ed. Labor, Barcelona, 1979.
- Lacan, J. Seminario V " las formaciones del Inconsciente". Paidós, Bs Aires.
- Lacan, J. Seminario XVII " El reverso del psicoanálisis". Paidós. Bs Aires
- Lacan, J. "Conferencia de Ginebra sobre el síntoma". en Intervenciones y Textos 2, Ed. Manantial.
- Lacan, J. Escritos I " Acerca de la causalidad psíquica". Siglo XXI. México, 1984

- Lacan, J. "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", Escritos I, Siglo XXI.
- Lacan, J. Seminario XXII "R.S.I."
- Lacan, J. Seminario X. "La angustia". Paidós, Bs Aires.
- Lacan, J. Escritos II. « Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. Siglo XXI, México, 1984.
- Laurent, E. *Lost in cognition. El lugar de la pérdida en la cognición*. Colección Diva Buenos Aires, 2005.
- Laurent, E. Conferencia en *Del hacer al decir en la clínica de la toxicomanía y el alcoholismo*. II Jornadas del Instituto del Campo Freudiano, 23 de Julio de 1996
- Le Poulichet, S. "Toxicomanía y psicoanálisis", Ed. Amorrortu,
- Le Poulichet, S. *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu. Buenos
- López, H. 2003. *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos
- Miller, J.A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*.
- Miller, J. A. 1995. Para una investigación sobre el goce autoerótico. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Miller, J. A. 1997. *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nasio, J.D. *Los Ojos de Laura*. Amorrortu, Bs.Aires
- Nasio, J.D. *El libro del dolor y el amor*. Edit. Gedisa.
- Nasio, J.D. *Aux limites du transfert*. Edit. Rochevignes, 1985.

- Quevedo, S. De Psicosis y toxicomanías: un caso particular de montaje adictivo ; en Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas. Donghi, A-Gartland,C.Edit. Letra viva.
- Racamier, P.C., 1989. Antiedipe et ses destins. Apsygee Éditions, París.
- Tarrab, M. La substancia, el cuerpo y el goce toxicomaniaco. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), Más allá de las drogas. La Paz: Plural Editores.
- Tarrab, M. Una experiencia vacía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (Comps.), Más allá de las drogas). La Paz: Plural Editores.

Cuestiones

1. Aborda las adicciones.
2. Señala el papel de Yo ideal y del ideal del Yo en la problemática de las adicciones.
3. Señala aquellos aspectos concomitantes en los autores postfreudianos sobre las toxicomanías.
4. Pon en juego las adicciones en Freud y Lacan.
5. Qué aspectos destacarías en la ludopatía.