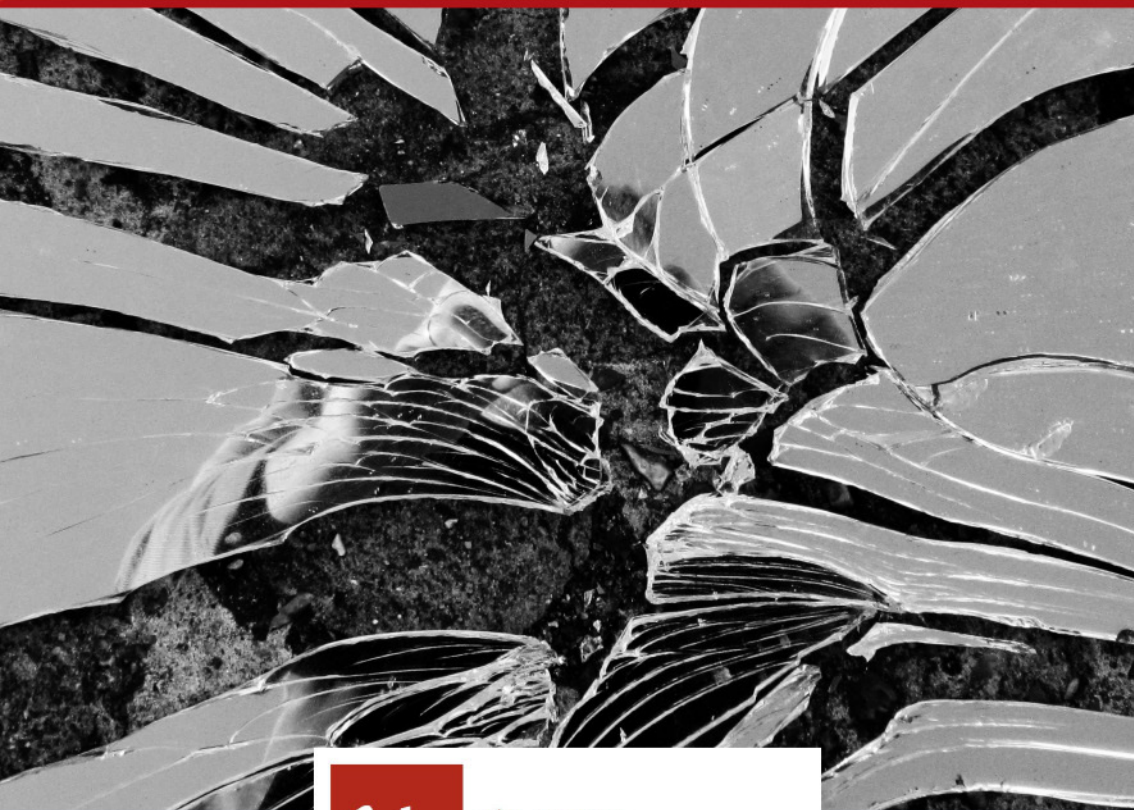


► Nuevos Horizontes

# La locura en los paraísos artificiales

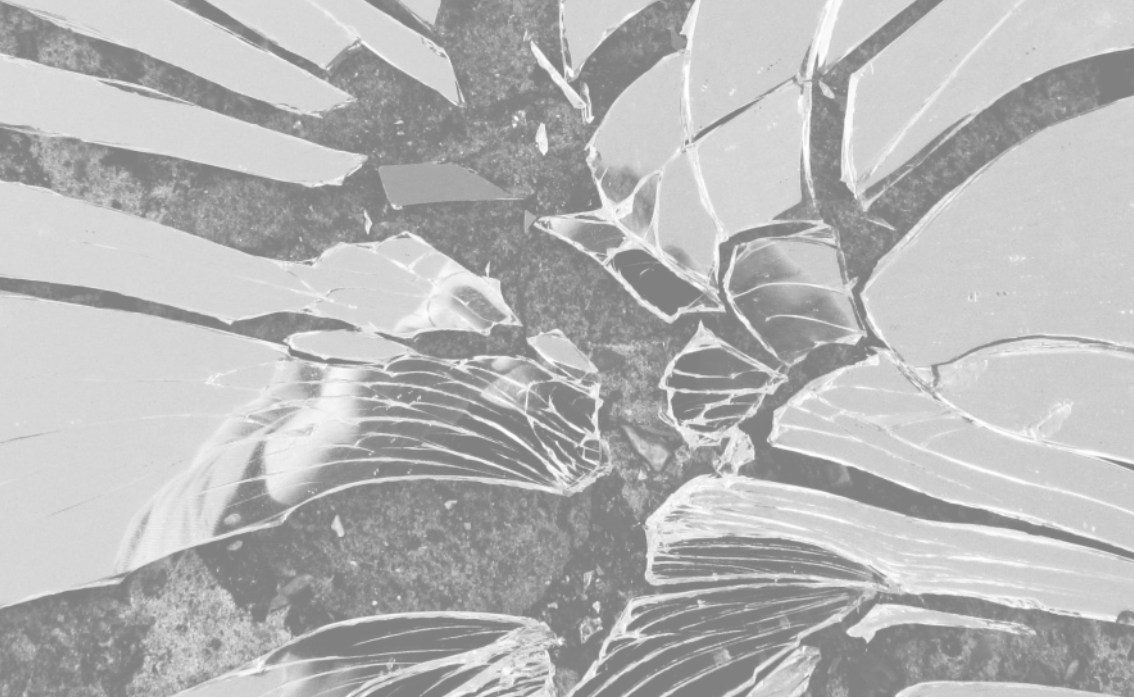
Psicosis y toxicomanía en un diálogo  
entre la lógica clasificatoria  
y la lógica del significante

*Norberto Riccombene*



u.

RÍO NEGRO  
UNIVERSIDAD NACIONAL







## **LA LOCURA EN LOS PARAÍDOS ARTIFICIALES**



## **Sobre la colección**

La colección Nuevos Horizontes está orientada a publicar producciones finales en formato de tesis, trabajos o proyectos de finalización de carreras de posgrado de estudiantes y docentes de la Universidad Nacional de Río Negro.

El objetivo es que Nuevos Horizontes permita que estas escrituras, tan caras a los esfuerzos de las comunidades educativas, tengan un marco de contención, difusión y distribución. A la vez que la Universidad requiere una estructura donde agrupar, articular y ordenar las obras, para dotarlas de un espacio sistemático, con procesos editoriales que garanticen coherencia y uniformidad.

Es bueno informar que estas publicaciones no tienen un proceso de mediación editorial, sino que las obras se mantienen tal como fueron presentadas ante el jurado evaluador del trabajo final de posgrado. Sí tienen incorporadas las intervenciones imprescindibles de maquetación y puesta en libro.





NUEVOS HORIZONTES

# **LA LOCURA EN LOS PARAÍDOS ARTIFICIALES**

PSICOSIS Y TOXICOMANIA EN UN DIÁLOGO  
ENTRE LA LÓGICA CLASIFICATORIA Y LA LÓGICA DEL SIGNIFICANTE

NORBERTO RICCOMBENE



Riccombene, Norberto Salvador

La locura en los paraísos artificiales : psicosis y toxicomanía en un diálogo entre la lógica clasificatoria y la lógica del significante / Norberto Salvador Riccombene. - 1a ed. - Viedma : Universidad Nacional de Río Negro, 2016.

Libro digital, EPUB - (Nuevos Horizontes)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3667-26-8

1. Psiquiatría. 2. Psicosis. 3. Toxicología. I. Título.

CDD 150.195



Libro  
Universitario  
Argentino

© Universidad Nacional de Río Negro, 2016.

[www.editorial.unrn.edu.ar](http://www.editorial.unrn.edu.ar)

Diseño de colección: Departamento Editorial de la UNRN

Coordinación editorial: Natalia Barrio e Ignacio Artola

Diseño de tapa e internas: Sergio Campozano

Imagen de tapa: Petras Gagilas, Selfportrait with brown jacket (20/04/2013)

<https://www.flickr.com/photos/gagilas/8665997121/>



Usted es libre de: Compartir-copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra *La locura en los paraísos artificiales*, bajo las condiciones siguientes:

**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).

**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

**Sin Obras Derivadas** — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivada 2.5 Argentina License.

Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivada 2.5 Argentina.

# Índice

<b>RESUMEN</b> .....	13
----------------------	----

## Tabla de Contenidos

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	15
<b>2. ESTADO DE LA SITUACIÓN</b> .....	25
<b>3. LA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA</b> .....	35
3.1. Clínica Psiquiátrica .....	35
3.2. La corriente norteamericana .....	40
3.3. Toxicomanía: una aberración pulsional .....	42
3.4. Psicosis: fracaso de la realidad .....	47
<b>4. LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA</b> .....	53
4.1. Clínica psicoanalítica: otro paradigma .....	53
4.2. Clínica freudiana: una clínica del padre .....	58
4.3. Toxicomanías: un placer autoerótico .....	61
4.4. Psicosis: desestimación de la castración .....	67
4.5. Clínica lacaniana: una clínica más allá del padre .....	72
4.6. Toxicomanías: un modo particular de ruptura con el goce fálico .....	75
4.7. Clínica lacaniana: forclusión del Nombre del Padre .....	78
<b>5. PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA</b> .....	89
5.1. Psicoanálisis y Psiquiatría: articulaciones posibles .....	89
5.2. Psicosis y Toxicomanías: de lo universal a lo singular .....	92
<b>6. EL TRABAJO DE LA CLÍNICA</b> .....	101
6.1. Casos clínicos .....	101
6.1.1. Caso Fabián: la droga como barrera frente al Otro .....	101
6.1.2. Caso Diego: haciéndose un Padre .....	104
6.1.3. Caso Javier. Un cuerpo a construir, mutilándolo .....	106
6.1.4. Caso Juan Pablo: «De una familia muy normal» ¿Psicosis inducida? .....	107
6.1.5. Caso Gustavo. El pequeño Schreber .....	109

<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	111
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	115
<b>APÉNDICE</b> .....	119

## Resumen

Múltiples discursos atraviesan en nuestra práctica profesional el objeto Toxicomanías y Psicosis, el discurso legal, médico, antropológico, social y psicológico entre otros.

Nuestra investigación propone establecer una serie de entrecruzamientos entre los discursos médico-psiquiátrico y psicoanalítico en la búsqueda de producción teórico-clínica que nos permita transitar de una lógica clasificatoria a otra significativa, de estos dos conjuntos definibles como psicosis y toxicomanías.

El tema porta tanto un interés teórico como clínico, ya que la revisión de los conceptos propuestapermitirá incluir en la clínica casos complejos que suelen presentar dificultades al establecimiento diagnóstico. Queremos proporcionar herramientas conceptuales en este campo, aplicables a la clínica, y que atraviesen los dos grandes marcos teóricos de referencia a trabajar: la Psiquiatría, disciplina hija de la medicina, que en base a los síntomas y signos de las enfermedades mentales determina cuadros nosográficos donde se articula lo universal a lo particular de un sujeto; el Psicoanálisis, que en su concepción de Estructura clínica, tensiona el universal al particular de cada sujeto, articulando la posición del uno por uno, singular, que se vincula a la lógica del no todo, en relación al Otro y al goce del cuerpo.

Desde el punto de vista clínico, es cada vez más frecuente encontrarnos con sujetos que consumen sustancias psicoactivas, algunos de los cuales, enfrentados a la abstinencia como propuesta de tratamiento, comienzan a evidenciar manifestaciones psicóticas que abren una interrogación frente al vínculo particular entre el uso de sustancias psicoactivas y la patología mental.

La propuesta de abstinencia para el consumo de drogas es uno de los objetivos fundamentales de los tratamientos de los sujetos que consumen y/o abusan de las sustancias psicoactivas. Esta indicación debe ser evaluada con precaución, ya que uno de los riesgos probables es que esta carencia provoque el desencadenamiento de un acto-desborde y/o una sobredosis que promueva más sufrimiento en los sujetos adictos.

Es importante analizar la historia del concepto y sus consecuencias en la práctica profesional: la toxicomanía es un concepto surgido del discurso legal que con posterioridad fue integrado al discurso de la psiquiatría. Podemos hablar entonces, de dos discursos que participan de dos lógicas distintas: la lógica del Todo, es decir de la Totalidad donde lo singular participa de lo Universal; en otro lugar, una lógica paradójal en donde se pone en evidencia el No Todo, lo que llamamos en Psicoanálisis *la castración*.

## Abstract

Multifold languages get in our practice in order Addiction and Psychosis, legal discourse, medical, anthropological, social and psychological among others. Our research aims to establish a series of crossovers between medical-psychiatric discourse in the pursuit of psychoanalytic theory and clinical production that allows us to move from one to another significant classificatory logic of these two sets definable as psychosis and addiction. The issue bears both theoretical and clinical interest, since the revision of concepts proposed in the clinic will include complex cases often present difficulties in establishing diagnosis. We want to provide conceptual tools in this field, applicable to the clinic, and which pass through the two major theoretical frameworks to work: Psychiatry, child discipline of medicine, that based on the symptoms and signs of mental illness determines nosographic tables where it articulates the universal to the particular of a subject; Psychoanalysis, which in his conception of clinical structure, the universal stresses of each particular subject, articulating the position of one by one, singular, which is linked to the logic of not however, in relation to the Other and the jouissance of the body.

From the clinical point of view, it is increasingly common to find individuals who use psychoactive substances, some of which, faced with the abstinence approach to treatment, they begin to show psychotic who open a query against the specific link between the use of psychoactive substances and mental pathology. The proposed withdrawal for consumption of drugs is one of the main goals of treatment of individuals who use and / or abuse of psychoactive substances. This statement must be evaluated with caution because of the risks is likely that this deficiency leads to the triggering of an event-overflow and / or promote more suffering overdoses in addicted subjects. It is important to analyze the history of the concept and its consequences for professional practice: drug abuse is an emerging concept of legal discourse which subsequently was integrated into the discourse of psychiatry. We can talk then, two speeches that involved two distinct approaches: the Logic of All, that is, the Whole where the singular part of the Universal; in another place, a paradoxical logic where it highlights the Not Everything, we call *castration* in Psychoanalysis.

## **1. Introducción.**

### **La investigación, el problema elegido y su hallazgo en la práctica profesional.**

El Tema de la presente investigación se centra en el objeto Toxicomanías y Psicosis, estableciendo entrecruzamientos entre Psiquiatría y Psicoanálisis.

Nuestro Problema se constituye en tanto buscamos, en el campo de las Toxicomanías y las Psicosis desplazarnos de la lógica clasificatoria a la lógica significativa con su consecuente mostración en Casos Clínicos.

Las «toxicomanías» constituyen un campo problemático en la medida de su heterogeneidad, es decir, un territorio de fenómenos donde coexisten diversos y múltiples discursos: el discurso legal, médico, antropológico, social, y el psicológico entre los más importantes. Más allá de tal coexistencia, este trabajo hará foco en los discursos médico-psiquiátrico y psicoanalítico, sin dejar de lado los otros intervinientes, buscando en principio, sus relaciones o entrecruzamientos posibles, y también, las relaciones entre la psicosis y la toxicomanía.

La presente investigación se centra entonces, en la búsqueda de la producción teórico-clínica sobre la intersección lógica entre esos dos conjuntos definibles, que son, la psicosis y la toxicomanía, y la confrontación con casos clínicos. Partiendo del diálogo entre estos dos discursos, Psicoanálisis y Psiquiatría, discursos que atraviesan este campo de indagación, propios de dos paradigmas diferentes.

Entonces, algunas preguntas orientan esta investigación: ¿Qué relación particular se establece entre las Psicosis y la toxicomanía que permita una lectura desde estos dos discursos? ¿Qué tipo de relaciones se pueden establecer entre un nivel fenoménico y otro estructural del fenómeno/enfermedad patológico/a? ¿El vínculo se reduciría solo a una interpretación de las particularidades de las vicisitudes pulsionales?

### **Justificación de la Investigación**

El tema que me convoca porta tanto un interés teórico como clínico. Sobre mi acercamiento a este último aspecto desde mi experiencia profesional, hablaré en «Génesis de la investigación».

Es crucial partir de una revisión del alcance de los dos conceptos centrales psicosis y toxicomanías, desde la perspectiva de la Psiquiatría y del Psi-

coanálisis, y sobre la enunciada articulación. Dicha revisión permitirá fundamentalmente, incluir en el campo clínico aquellos casos complejos que suelen presentar dificultades al momento del establecimiento diagnóstico, actividad lógica propia de las entrevistas preliminares, y que son categorizados desde varias y diversas lecturas en el territorio del Psicoanálisis, como casos fronterizos, patologías de borde, borderline, psicosis ordinarias.

El Objetivo de este trabajo es proporcionar algunas herramientas conceptuales aplicables a la clínica, investigar y poner a prueba las ya teorizadas en algunos recortes clínicos que pudieran ordenar este vasto campo de la experiencia conceptualizado de diferentes maneras por algunos autores de diversas corrientes psicoanalíticas y psiquiátricas.

## Marco teórico de referencia

En primer término, el marco teórico se construye con la Psiquiatría, disciplina hija de la medicina, que en base a los síntomas y signos de las enfermedades mentales, determina cuadros nosográficos donde se articula lo universal a lo particular de un sujeto; en virtud de esto, y en ausencia de una única versión acerca de la mirada del psiquiatra, este enfoque cabalgará entre dos modelos en vigencia y en tensión: la Psiquiatría dinámica representada por Henri Ey, interlocutor de Jacques Lacan<sup>1</sup>, considerado uno de los últimos maestros de la clínica Psiquiátrica y su modelo del «órgano-dinamismo» de gran importancia para la práctica clínica actual con la impronta de la fenomenología. El otro modelo abordado, es el de la Psiquiatría americana, modelo vigente y de gran penetración en la práctica psiquiátrica actual, basado en una lógica clasificatoria de los trastornos mentales –proyectada y descrita en el *Manual de Clasificación de los desórdenes mentales DSM IV-* de la que se desprende una terapéutica centrada mayormente en el uso de medicamentos.

La otra mirada que construye el marco teórico de referencia será el Psicoanálisis, que en su concepción de Estructura clínica, tensiona el universal al particular de cada sujeto, articulando la posición del uno por uno, singular, que se vincula a la lógica del no todo, en relación al Otro y al goce del cuerpo.

Para este punto nos remitiremos indudablemente a su creador –Sigmund Freud– y a uno de los continuadores más significativos, Jacques Lacan. Para el tema específico del vínculo entre Psicosis y toxicomanías se trabajará con dos autores de la corriente inglesa, David Rosenfeld (1976) y Da-

---

1 La polémica Henri Ey versus Jacques Lacan, forma parte de una rica y fructífera época de la psiquiatría y de la intelectualidad francesa, acerca de la causalidad de la locura, que se cristalizó en un célebre escrito lacaniano: «Acerca de la causalidad psíquica» (1946) y que aún tiene vigencia.



vid Maldavsky (1993)<sup>2</sup>, con los aportes de los psicoanalistas postlacanianos Sylvie Le Poulichet (1996), Eric Laurent (1997), Jacques Alain Miller (2005).

## Hallazgo del problema en la práctica profesional

Desde el punto de vista clínico, es cada vez más frecuente encontrarnos con sujetos que consumen sustancias psicoactivas, podríamos decir que estamos ante un fenómeno generalizado (Fleischer, 2003). He verificado en mi práctica profesional que algunos de estos sujetos consumidores de drogas, enfrentados a la abstinencia como propuesta de tratamiento, comienzan a evidenciar manifestaciones psicóticas que abren una interrogación frente al vínculo particular entre el uso de sustancias psicoactivas y la patología mental.

La investigación abarca las nociones de estructuras y la función que dichas sustancias adquieren para cada sujeto particular, la lectura que hace la Psiquiatría y las diferentes corrientes del Psicoanálisis, afectando también el modo en que se plantea el vínculo causal de las sustancias para la producción de psicosis clínicas inducidas por el abuso y/o el uso de drogas (Ey et. al., 2000). La abstinencia es uno de los objetivos más importantes que se proponen en el trabajo terapéutico con sujetos consumidores; pero es necesario indagar primero la función de la droga en la subjetividad para después orientar los tratamientos, ya que la abstinencia también produce fenómenos que podemos categorizar como propios de las psicosis. Me refiero aquí a abstinencia en su sentido lato, la privación del consumo de cualquier sustancia psicoactiva. Es importante aclarar, en este sentido, que estas manifestaciones: fenómenos de franja, manifestaciones corporales, ideaciones paranoides y otras descritas por la clínica, ponen en consideración la cuestión de si la droga solo podría ser el indicio de la pulsión de muerte.

Los interrogantes surgieron a partir de mis primeros acercamientos a la clínica en los inicios de los '90, cuando constaté que un alto porcentaje de sujetos varones consumían drogas y se incluían en los casos de difícil diagnóstico. Época signada por los inicios de planteos dentro del campo del Psicoanálisis, de una clínica denominada de los bordes, llamada a dar respuesta a una nueva presentación del síntoma.

Esta clínica pone a prueba los conceptos fundamentales del Psicoanálisis en la medida en que se aleja de aquellos ejemplos «ejemplares» con los que se nutrió una práctica en más de un siglo de existencia. Entonces, estos sujetos con sus demandas, no presentaban las características de los casos clínicos estudiados en los tiempos de mi formación teórica y profesional.

---

2 Es importante destacar que estos autores hacen hincapié en un vínculo entre el narcisismo y los procesos tóxicos, insistiendo en las ansiedades tempranas, efecto de las perturbaciones en el vínculo temprano madre-niño.

Posteriormente, una experiencia clínica en una Comunidad Terapéutica<sup>3</sup> dedicada al tratamiento de sujetos denominados «duales» por el discurso psiquiátrico, actualizó dificultades y preocupaciones a la hora de elaborar un diagnóstico en transferencia para la orientación de los tratamientos, fundamentalmente en casos de difícil abordaje y con un alto porcentaje de abandono y recaídas.

A los efectos de la investigación utilizaré una muestra extraída de una experiencia de dos años como Psicólogo en un Programa del PNUD (Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas) de reforma del Hospital Psiquiátrico Penitenciario Unidad 20<sup>4</sup>.

## **Génesis de la investigación.**

El deseo de continuar mi formación y capacitación dentro de la clínica psicoanalítica, los avatares de esa *tyché*<sup>5</sup> me acercó a la Escuela de Psicoanálisis que funciona en el Hospital José Tiburcio Borda, hospital monovalente, dedicado específicamente al abordaje de la salud mental. Este primer encuentro con la incumbencia profesional por fuera de los claustros universitarios fue impactante debido a la distancia entre la teoría y la praxis, casi ausente en los años de mi formación en la Universidad de Buenos Aires (finales de los años '80 y principios de los '90).

Mis primeros pasos en la clínica fueron acompañados por un fenómeno social cada vez más abarcativo y visible, el consumo de drogas psicoactivas de todo tipo y en todos los sectores sociales. Los casos acogidos no eran tan límpidos y claros como aquellos presentados por la clínica psicoanalítica o los abordados en lecturas de la clínica psiquiátrica. Debido a las caracte-

---

3 Comunidad Terapéutica para pacientes duales ubicada en el Gran Buenos Aires: experiencia desarrollada entre los años 1998-2004 y una de las pocas con este tipo de dispositivos de abordaje de la Psicosis asociada a problemáticas de consumo de drogas. Dedicada a sujetos que presentan trastornos asociados, bajo el rótulo de co-morbilidad, dos o más trastornos asociados, uno de dependencia o abuso de drogas (TUS) y otra serie de trastornos adjudicables a enfermedad mental.

4 Este servicio Hospitalario Nacional dependiente del Servicio Penitenciario Federal del Ministerio de Justicia de la Nación, recibe casos derivados de la Justicia Penal evaluados por el Cuerpo Médico Forense, quien los envía para su mejor diagnóstico y tratamiento si fuese necesario. Son sujetos que han infringido las leyes en materia Penal y que presentan un trastorno patológico que requiere un trato especial en un servicio de salud del sistema. El Ministerio de Justicia, Seguridad y DD.HH. de la Nación implementó un novedoso Programa de Reforma en el año 2007.

5 Referencia en el sentido de puramente arbitrario y como Real que determina un ordenamiento simbólico.

rísticas de este centro de salud, lo recepcionado sigue siendo en la actualidad, mayoritariamente casos de psicosis, casos complejos, obstaculizados y potenciados por problemáticas sociales difíciles, a las cuales se suman problemáticas institucionales relativas al sistema público de salud.

Pero volviendo a la clínica, estos casos, ponían en jaque mis conocimientos adquiridos acerca de esta conjunción entre psicosis y consumo de drogas, ya que tanto Freud como después Jacques Lacan, no se interesaron por este tema, aun siendo los puntales de mi formación, y podríamos agregar, de mis elecciones en el plano de mi práctica.

Pero lo Real insiste y es menester que el Psicoanálisis se acerque a las demandas que surgen de su época. Es así que la pregunta vuelve: ¿De qué se trata este fenómeno observable y presentado en la práctica? ¿Cómo tratarlos? ¿Se trata de psicóticos? ¿Podemos hablar de patología de borde –palabras que comenzaron a usarse en aquellos años–?

Mi inicio profesional lo realicé específicamente en el Servicio de Atención Psicológica y Psicoanalítica en el Programa «Atención de las crisis» (1992) dependiente del Área Programática del Hospital José T. Borda, y tres años después, en el Programa de «Toxicomanías y alcoholismo» (1995), localizado en el Servicio de consultorios externos del mismo hospital, en la modalidad de atención ambulatoria.

La pregunta entonces se reformula de la siguiente manera: ¿Qué podría hacer el Psicoanálisis en estos casos complejos? ¿Es pertinente el abordaje de este tipo de casos en las fronteras también de una práctica a través del discurso analítico?

Estas interrogaciones surgieron, a pesar de que Freud podría considerar que las adicciones estaban por fuera del alcance de la práctica del Psicoanálisis y, por su condición de hábito, las exiliaba de la clínica. Esto es, en función de un Psicoanálisis en intención más afín y desarrollado con las neurosis; la clínica con estos casos pone a cielo abierto un límite de la práctica aunque sabemos que en la actualidad, el Psicoanálisis sigue extendiendo su praxis para investigar y desarrollar curas en psicóticos y casos complejos.

El encuentro con estos consumidores me acercó a varios sujetos diagnosticados por la Psiquiatría como «trastorno fronterizo de la personalidad», «trastorno de la personalidad no especificado», «trastorno antisocial», quienes consumían todo tipo de sustancias psicoactivas, casos complejos que más allá de que abrieron preguntas, me permitieron un rico aprendizaje en su desarrollo y en las múltiples supervisiones y discusiones clínicas que promovieron estos materiales clínicos.

Posteriormente surgió la inquietud por profundizar el tema específico de las adicciones desde diversas perspectivas, no solo de la clínica psicoanalítica, sino el abordaje desde el plano social, antropológico, cultural; dicha inquietud me acercó a la Maestría Interdisciplinaria en «Problemáticas del

uso indebido de drogas» del Centro de Estudios Avanzados dependiente de la Universidad de Buenos Aires, estudio con el cual amplié mis fronteras y conocimientos de este tema tan complejo y abarcativo.

Mi experiencia clínica en el territorio de la psicosis y un interés en estos casos difíciles, permitió que participara de una rica e interesante experiencia de dos años en un Programa de reforma del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (2007), auspiciado por las Naciones Unidas. Transité esta experiencia entre septiembre de 2007 y setiembre de 2009, la misma enriqueció con datos e información el trabajo de investigación que venía realizando a propósito de la tesis. Decido entonces tomar como foco de interés el período que va desde Noviembre del año 2008 al 31 de Julio de 2009, en el mismo ingresan por el Servicio de Orientación y Evaluación del Hospital 230 (pacientes-internos)<sup>6</sup>, se extrajo una muestra de 21 (veintiuno), con diagnóstico según el DSM-IV de Psicosis y otros trastornos de personalidad que además presentaban consumo de drogas<sup>7</sup>. Algunos de estos casos – 5 (cinco) en total que constituyeron la casuística– fueron la materia prima con la cual se construyó a partir de viñetas clínicas, el material con el cual se confrontaron los conceptos y elaboraciones teóricas con los que se investigó y problematizó este vínculo entre psicosis y toxicomanías. Del total de 230 pacientes ingresados, 186 pacientes-internos, es decir el 80%, presentó consumo de drogas diversas y alcohol: cerveza, vino, THC, clorhidrato de cocaína, pasta base, LSD y psicofármacos, es decir, un doble diagnóstico: un trastorno psiquiátrico y otro trastorno asociado por consumo de drogas y/o alcohol que la psiquiatría denomina Patología Dual (San Molina, 2004: 1).

Enfrentado a estos datos, entre otros, se afirmó la importancia de investigar qué elementos caracterizan el vínculo entre la toxicomanía y las psicosis. Esta realidad fundada en datos estadísticos, y que se verifica en el alto porcentaje de sujetos psicóticos que consumen sustancias, hace pensar que este entrecruzamiento entre las drogas y las psicosis puede ser uno de los nombres de un síntoma actual: psicosis y toxicomanías.

Investigar este nexo, podría iluminar las estrategias pertinentes para el establecimiento y la dirección de los tratamientos, tanto para los psicoanalistas como para los psiquiatras que abordan estas cuestiones de la subjetividad.

La propuesta de abstinencia para el consumo de drogas es uno de los objetivos fundamentales de los tratamientos de los sujetos que consumen y/o abusan de las sustancias psicoactivas. Esta indicación debe ser evaluada concienzudamente y con precaución, debido a los riesgos probables de que esta carencia provoque un desencadenamiento que promueva más sufrimiento en los sujetos adictos, que terminan transitando un pasaje al acto-desborde y/o una sobredosis.

---

6 Ver Apéndice A.

7 Ver Apéndice B.

Una de las insatisfacciones metodológicas experimentadas con los datos estadísticos, es que no todos los casos de la muestra proceden de mi propia práctica, lo que deja por fuera el factor transferencial, factor mediante el cual se realiza la distinción estructural propia de la práctica analítica. Otro elemento, es que las condiciones de encierro, el estar bajo la órbita penal, hace a estos sujetos más propicios a la «simulación» que a una demanda de tratamiento. Sin embargo, los que participaron de la muestra fueron evaluados por un Test Neurocognitivo, para descartar que frente a estas realidades, pudieran simular enfermedad mental, aun sabiendo que en las instituciones totales, no deja de estar presente el simulacro que, en algunas oportunidades, permite la supervivencia en ellas.

Ante estas dificultades, se centró el trabajo de análisis en cinco casos propios, producto de mi trabajo, algunos bajo transferencia; casos con dificultades que presentaron vicisitudes y paradojas que apelaron a mi saber-hacer como clínico. Recortes clínicos que tienen como sustrato varios años de trabajo en el ámbito público y privado con esta problemática, argamasa con la que se fue constituyendo una escucha propicia a la práctica del Psicoanálisis.

Transitando este desafío se utilizaron algunas categorías de análisis a partir de los conceptos psicoanalíticos más importantes relativos a esta experiencia, para confrontar con las hipótesis elaboradas; éstas son: Función del tóxico, Nombre-del-Padre, Significación Fálica, Lazo Social, Encuentro con Un-Padre, constituidas en función del trabajo clínico y que no dejan de ser atravesadas por la teoría y por la posición del analista en la experiencia psicoanalítica.

Las particularidades de los casos, el abuso de drogas, las manifestaciones de fenómenos compatibles con las Psicosis, hacen de ellos un territorio propicio para investigar este vínculo entre las psicosis y las toxicomanías no solo en el aspecto clínico sino también en los desarrollos teóricos específicos del mismo.

## Objetivos

A partir de estas interrogaciones surgen los objetivos que conducirán en su despliegue y desarrollo a la formulación de las primeras hipótesis, que por precarias, no serán menos significativas. Entonces deberemos:

- Caracterizar la toxicomanía como cuadro/enfermedad psiquiátrico/a.
- Caracterizar la toxicomanía como una modalidad particular de goce del cuerpo.
- Caracterizar la psicosis como cuadro/enfermedad psiquiátrico/a.
- Caracterizar la psicosis como una modalidad particular de relación al Otro y al deseo.

- Identificar las relaciones o entrecruzamientos posibles entre las caracterizaciones de ambos cuadros/enfermedad (clínica de la Comorbilidad –Psiquiatría– y clínica del desenganche-reenganche).

## Hipótesis

La toxicomanía es un concepto surgido del discurso legal que con posterioridad fue integrado en el discurso de la psiquiatría. Por lo tanto podemos hablar de dos discursos que pueden participar en dos lógicas distintas: la lógica del Todo, es decir de la Totalidad donde lo singular participa de lo Universal; y una lógica paradójal en donde se pone en evidencia el No Todo, lo que llamamos en Psicoanálisis: la castración.

Para el psicoanálisis, la toxicomanía no forma parte de una estructura clínica según las concepciones teórico-clínicas de Freud a Lacan. La clínica lacaniana la propone como una ruptura con la significación fálica, se la nombra o, coincidente con las consecuencias de la falta de la identificación paterna Po en la Psicosis, hay una coincidencia en la denominación pero no en la lógica. La ruptura con la identificación paterna en las Psicosis está dada de antemano, no así en las toxicomanías. Podríamos pensar la Psicosis en una lógica del significante, y la toxicomanía en una lógica del goce. Deberemos investigar este vínculo.

No se trataría solamente de la integración de un significante estabilizador de la estructura Psicótica por la vía de lo Real de la sustancia, sino más bien, de una intención subjetiva, especie de *autotratamiento*, otorgando así cierta vía tranquilizadora de lo real por lo real de la sustancia misma. Entonces:

1. Algunos sujetos, utilizan la sustancia como modalidad de «autotratamiento» de ciertos malestares subjetivos, bordeando la caída en la psicosis, manteniéndose en un frágil equilibrio, que la probable abstinencia fruto de una propuesta de tratamiento, los empuja al vacío.
2. Existe inclusión entre el nivel fenoménico y el nivel estructural del fenómeno abordado por la investigación.
3. Parece existir un vínculo entre psicosis y adicción, a diferencia del abuso-consumo-neurosis. Esta forma compulsiva de consumo a veces presente en las psicosis, enmascara manifestaciones psicóticas francas, evitando el desencadenamiento estructural.
4. Sujetos diagnosticados como «pacientes fronterizos «o «trastornos borderline de la personalidad» que consumen drogas, son psicóticos no desencadenados, o descompensados para la Psiquiatría, en los que se confunden los límites entre neurosis y psicosis.

## Metodología

Tipo e investigación:

- Diseño no experimental (porque se observa el fenómeno tal como se da) de alcance descriptivo.
- Investigación documental: exhaustiva revisión bibliográfica.
- Investigación empírica: análisis de casos clínicos.

Con respecto a este punto, señalamos otra dificultad, remitiéndonos a las indicaciones y orientaciones de mi Directora de Tesis, la Dra. Deborah Fleischer, quien en su texto «Clínica de las Transformaciones Familiares» realiza una sugerencia y guía para la investigación en Psicoanálisis. La dificultad consiste en que las investigaciones dentro este marco, no conocen un método único y funcionan en orden a otra lógica que la concerniente al modelo experimental, excediendo la dicotomía del Modelo experimental vs. Modelo conjetural. No trataremos de demostrar todas las variables del caso; trabajaremos en el caso por caso con unos recortes, viñetas clínicas que nos permitan indagar nuestras hipótesis e investigar lo nuevo que se puede encontrar, haciendo tuyas las palabras que nos formulan que «intentar copiar la ciencia fuera del campo propio, en tanto el Psicoanálisis no es una ciencia exacta, logra solamente una parodia. Esto no impide que exista la clínica psicoanalítica como clase de síntomas, cada caso en su contingencia se inscribe entre las clases que lo esperan» (Fleischer, 2004:55).

Técnicas de recolección de la información e interpretación de la misma:

La información se obtiene a través de dos técnicas: la historia clínica/admisión y la entrevista semidirigida.

La información se interpreta a través del análisis de las mismas.

Para la definición de la unidad de análisis, de la población y selección de la muestra se siguen los criterios establecidos por Hernández Sampieri, R., Fernández- Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2008)

Unidad de Análisis (U de A): Pacientes con diagnóstico de psicosis y toxicomanía.

Población (P): Pacientes asistidos en el Servicio U20 Hospital Psiquiátrico Penitenciario perteneciente al Ministerio de Justicia situado en el Hospital José T. Borda de 25 a 40 años con causa judicial y con consumo/abuso de sustancias/drogas y psicosis/episodio psicótico.

Muestra (M): Se toma una muestra intencional o dirigida sin representatividad estadística

Tamaño de la muestra:  $n = 21$

Casuística: 5 casos





## 2. Estado de la situación.

En el voluminoso ensayo «Historia de las drogas», Antonio Escohotado (1990) rastrea la presencia de sustancias en la historia de la humanidad. De tres milenios antes de Cristo datan las primeras noticias del opio encontradas en tablillas sumerias donde la palabra utilizada para nombrarlo significa también «gozar».

Establezcamos rápidamente una primera y práctica clasificación ensayada con estas sustancias psicoactivas que podríamos denominar sedativas, alucinógenas, de tipo visionario y estimulantes. Deberíamos sumarle a estas las propiedades del alcohol, en formas de agregado tipo vinos compuestos, o de los alcoholes de diversas fermentaciones.

Hallamos también una caracterización de las sustancias que lleva a proponerlas dentro del arsenal terapéutico de la época antigua y registrarlas según sus efectos, las encontramos en el famoso «Corpus hippocraticum» que las describe como «(...) sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando, o haciendo dormir» IV, 246 (Escohotado, 1994:132). La humanidad desde sus orígenes conoció los diversos usos de sustancias, sea dentro de ceremoniales y ritos religiosos e iniciáticos, como en usos privados más ligados a la búsqueda del placer individual propio de la modernidad.

Los antiguos no consideraban las sustancias un objeto maligno en sí mismo, ni proyectaban en ellas ninguna esencia de malignidad, aunque reconocían que los excesos constituían un peligro para los que abusaban de ellas.

La peligrosidad del lado de la sustancia-objeto se transfirió entonces al vino: (...) Este apacible empleo de diversas drogas no significa que los griegos ignoren un problema de toxicomanía como hoy decimos. Lo que diferencia a ellos de nosotros es que la peligrosidad social e individual de las drogas se concentró en el vino. (Escohotado, 1994:132).

Es en «Fedón» donde se describe la doble función de la *theriaka* o *triacá* como sustancia mortal para el cuerpo, pero también como liberadora del alma, la triaca es análoga al *pharmakón*, elemento que cura y mata a la vez, lo podemos ilustrar cuando Sócrates dice:

Como queráis –respondió, si es que me cogéis y no me escapo de vosotros. Y, a la vez que sonreía serenamente nos dijo, dirigiéndonos su mirada hacia nosotros:

—No logro, amigos, convencer a Critón de que yo soy ese Sócrates que conversa ahora con vosotros y que ordena cada cosa que se dice, sino que cree

que soy aquel que será cadáver dentro de un rato y me preguntaba por eso cómo va ser mi sepelio. Y el que yo desde hace rato esté dando muchas razones para probar que en cuanto beba el veneno, ya no permaneceré entre vosotros, sino que me iré hacia una felicidad propia de bienaventurados, paréceme vano empeño y que lo hago para consolarlos a vosotros al tiempo que a mí mismo. (Platón, 2003:118).

La historia de las drogas muestra que fueron utilizadas desde los tiempos más remotos como remedios, en cultos religiosos y en situaciones recreativas; no se las consideraba inmorales, formaban parte de la vida cotidiana tanto en Europa como en América; y tampoco eran tenidas en cuenta por la justicia. Existen testimonios del consumo del opio, el haschisch y la coca en América, ya que fueron sustancias empleadas desde tiempos remotos en pócimas, y pese a este uso, no hay testimonios escritos de sujetos adheridos a su consumo. Si bien se consideraban los peligros de su abuso, no se han descrito casos de «adictos». En las regiones de Eurasia, los cultos brahmánicos y mahometanos, consideraban el alcohol como sustancia prohibida y peligrosa, ley de prohibición cuya transgresión era duramente castigada.

Podemos colegir entonces que, en lo que respecta a las otras drogas, el criterio de la antigüedad grecorromana y asiática lo describe ejemplarmente en la Lex Cornelia de sicariis et veneficiis («ley Cornelia sobre homicidas y envenenadores»), vigente desde tiempos de La República hasta el fin del Imperio: «Droga es una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar, y los filtros de amor, pero esta ley sólo reprueba lo usado para matar a alguien sin su consentimiento» (Escotado, 1994:44). Sustancias terapéuticas, promotoras de éxtasis o utilizadas como recreativas, las *drogas* se siguen pensando hoy en día, como hace milenios las pensaban Hipócrates y Galeno, padres de la medicina científica: una sustancia que en vez de ser vencida por el cuerpo es capaz de vencerlo provocando grandes cambios orgánicos, anímicos, o de ambos tipos.

Por otra parte, la intoxicación química, el abuso sin medida, es una de las formas más rápidas y menos costosas para encontrar la protección contra el sufrimiento y el goce inmediato.

Llevará sucesivas transformaciones a través de la historia hasta arribar a los albores del siglo XX, y en pleno auge del positivismo finisecular, el consumo desmesurado, ansioso, estragante, adquirirá una palabra nueva para su nominación: las *toxicomanías*, las locuras por el tóxico.

Para la construcción del presente trabajo haremos uso del término *toxicomanías*, más afín a la bibliografía específica seleccionada y derivado del concepto de monomanías<sup>1</sup>. Si bien a efectos prácticos puede considerarse

---

1 Véase el capítulo II de este trabajo, en donde se hace un desarrollo más pormenorizado de este vínculo surgido en los inicios de la Psiquiatría.

sinónimo de drogadependencia, drogadependencia o adicción, sin embargo los matices peyorativos, morales y legales de estos últimos nos hacen optar por el concepto citado en primer término.

En sentido literal, etimológico, las toxicomanías son conductas relacionadas con ciertos tóxicos, cuyos efectos euforizantes, sedantes, tientan fuertemente a algunas personas. Tóxico, del latín *toxicum*, es una palabra no ambigua, que significa *veneno*.

La palabra manía es en griego clásico un término sumamente ambiguo, que significa unas veces «extravío», otras veces «inspiración», y otras «entusiasmo»<sup>2</sup>. El uso actual del término no tiene connotación positiva, y el Diccionario de la Real Academia ofrece tres acepciones básicas: «1. Especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor. 2. Extravagancia, preocupación caprichosa por un tema o cosa determinada. 3. Afecto o deseo desordenado.»

La toxicomanía es un concepto ligado a las clasificaciones médico-legales de la modernidad, y surgió en un marco epistémico donde el higienismo adquirió protagonismo y extensión a prácticas donde la moral dejó su sesgo, en especial debido a que las sustancias, a partir de la Convención de Ginebra de 1931, son caracterizadas como materia productora del vicio y la corrupción, ilegales, epílogo de una lectura moral proyectada a la palabra «estupefaciente» en el sentido de un elemento que genera el debilitamiento de las funciones cerebrales.

Veamos cómo se cristaliza la noción de objeto peligroso:

Como se trata de sustancias sometidas a un estricto control por parte de las autoridades y su obtención es muy difícil y costosa, y como, por otra parte, siempre se requiere una mayor cantidad para satisfacer las apetencias del sujeto, éste se vale de cualquier medio para conseguir la droga indispensable a sus deseos. Así asistimos poco a poco al derrumbe moral de la personalidad que pierde la noción de la corrección y de la ética, puesto que cualquier proceder es aceptable para obtener el tóxico anhelado, no deteniéndose ni ante el robo ni ante el crimen. (Beta, 1967:567).

Podemos rastrear estas caracterizaciones en las consideraciones enunciadas en la época sobre el tema: «Las toxicomanías son también un problema de orden médico-legal ya que estos enfermos, cuando alcanzan ciertos grados de impregnación tóxica, padecen perturbaciones mentales que lle-

---

2 Es interesante observar las connotaciones y raíces de estas palabras, distinguir entre manía (μανία que designa un campo semántico relacionado con la locura, el extravío, la inspiración. Por otra parte, la palabra entusiasmo (ενθουσιασμός) que en su origen remite a la idea del inspirado, el transportado, del viaje de los poetas.

gan a la psicosis, en cuyas condiciones pueden cometer actos antisociales que las leyes reprimen». (Beta, 1967:567).

Los tóxicos entonces, llevarían en germen la fuerza productora del vicio y del descontrol, en una lógica reduccionista y mecánica, la sustancia elide al sujeto, ubicándose como productora de acciones impulsivas que llevan al delito, se proyecta entonces en la misma, un espíritu maligno y corruptor que necesita ser controlado, vigilado, legislado, para que no expanda su daño en el campo social.

A partir de la modernidad tardía o postmodernidad y en concomitancia con la expansión del sistema capitalista y la consolidación de un modelo global, de acuerdo a datos evidentes y estadísticos, se ha producido un incremento geométrico del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales. Hoy, su extensión las ubica dentro de otras coordenadas. Coordenadas que definen una afección de nuestra época y en las que la novedad es su expansión y presencia en la vida cotidiana, la generalización de su uso. Este fenómeno de tanta actualidad presenta una complejidad tal, que es posible caracterizarlo y abordarlo desde diversos planos: social, económico, cultural, antropológico, filosófico, es decir, es plausible de una lectura múltiple desde diversos campos del saber.

Su masificación, la desmesura de su geométrico crecimiento, nos lleva a considerarlo un importante y delicado «problema social global» (Calabrese, 2001:36), ya que ha permeado todas las diversidades y categorizaciones inherentes a la sociedad, no sólo de nuestro país, sino del orbe, en el sentido de constituirse en un fenómeno de masas.

Es entonces que la droga asume el status de una categoría capaz de configurar un borde, un límite, con el cual demarcar lo bueno y lo malo, proyectándole a la sustancia toda la carga emocional e ideológica de lo dañoso contra el corpus social. Así, en la historia de la humanidad, han dejado de ser sustancias sin significación particular para pasar a constituirse en elementos significativos y dadores de sentido, otorgando identidad y señalando lo dañino, lo malo, lo estigmatizante para la sociedad.

En consecuencia, se construyen ideas accesorias, como la noción de «flagelo de la droga», con lo cual:

(...) queda oculta la posibilidad de ver la problemática como producto de un sistema en crisis. Es notable como ha crecido vertiginosamente la difusión del consumo de sustancias psicoactivas, esto es por la simple razón que las condiciones sociales lo han permitido y ésta es la mejor muestra de un proceso en crisis. (Calabrese, 2001:36).

Sabemos que diversos factores participan en la crisis de este modelo de acumulación capitalista y sus vaivenes, factores incidentes en la creación de

desánimo, descreimiento en las instituciones, desesperanza, creciente marginalidad y marginación de la participación ciudadana, pobreza creciente, agravado en nuestro caso por las características de pertenecer a sociedades fuertemente impactadas por una historia de país colonial y dependiente.

La extensión del fenómeno en la actualidad, su carácter incisivo, desmesurado, adquiere la forma de toxicomanía de masa, donde el consumo masivo de drogas apunta a la ruptura del lazo social, del otro de la palabra, propio de nuestra contemporaneidad. Vivimos en una sociedad impactada por el hiperconsumo, empujados y atosigados permanentemente por mensajes emanados de los medios masivos de comunicación, con discursos que impulsan al consumo de objetos, *gadgets*, donde el problema aparece en la medida en que una gran cantidad de actores sociales no está en condiciones de acceder a esos objetos a consumir. La ideología neoliberal se funda en que el consumo de mercancías y objetos de todo tipo conduce al ideal de felicidad. Llegamos al extremo de consumir personas, al otro social, todo esto sustentado en el omnipresente aparato panóptico de la publicidad. El empuje al consumo, entonces, crea un problema: no todos acceden al mismo, sin embargo, todos reciben el mismo bombardeo que genera altísima frustración<sup>3</sup>.

Por otra parte, las drogas, que han adquirido el valor de una mercancía más en el mercado de bienes-objetos, tienen características y peculiaridades que engendran una necesidad compulsiva; la idea de una satisfacción sin medida, alcanzar la plenitud mediante ellas, pero con la paradoja de perseguir el espejismo de una satisfacción total, conduce a la práctica de la lógica del barril sin fondo, el que nunca se llena. Este compulsivo consumo de drogas es radicalmente diferente a las experiencias de artistas e intelectuales retratadas en la literatura que en el pasado, y dentro de otro ordenamiento, buscaban la amplitud de conciencia o la experiencia de otros fenómenos, siempre amparados por el sostén simbólico, de lenguaje. En contraposición, surgió con la práctica de un ultra-individualismo y de un radical desasimiento del Otro social, una experiencia de otro orden, ya que «Se asocia la masificación del consumo de drogas con la aparición del individuo moderno que se asienta en su desasimiento de la autoridad religiosa y de las tradiciones, a favor del sostenimiento del valor de la libertad» (Fleischer, 2003:25). Es por esto que las drogas adquieren el valor de mercancía con un alto valor agregado, siendo los países centrales y en particular los EEUU los mayores consumidores de sustancias de la tierra, que proyectan hacia la periferia la consigna de la «guerra contra las drogas». Esta consigna, destilada del *discurso capitalista*, y todas sus acciones resultantes, solo han empeorado las cosas. Su prohibición engendra una exasperada necesidad. Solo es imperativo de goce.

---

3 Véase Escudero, José Carlos. La utilidad de los pobres. 2001. Revista de Ciencias Sociales Realidad Económica N° 180. Instituto Argentino para el desarrollo económico. Bs. As.: 8-13

Forma autoerótica y denegatoria, síntoma social elevado por las inmensidades de una economía de mercado que no conoce precedentes, época que desconoce los alcances de la falta.

En este contexto surge la figura del *adicto*, de aquel que se queda pegado, aquel sin palabra y para el cual la droga ocupa el lugar unívoco de significación.

Para Oliver Mongin, existe una articulación lógica entre la violencia en las sociedades actuales y la masificación del consumo de sustancias, manifestando que la autonomía del sujeto es inseparable de dos condiciones: la tendencia igualitaria de las sociedades democráticas, que se distingue del funcionamiento jerárquico de las comunidades tradicionales, y el individualismo que reina en ellas.

Es entonces que la pacificación de las costumbres que ha acompañado el proceso de individualización de las sociedades occidentales, como así también la reducción de la violencia entre los Estados en el plano de las relaciones internacionales, se da al mismo tiempo que la violencia física disminuye<sup>4</sup>. Esto es discutible en la medida en que hay que comprobar y demostrar que la violencia se ha transformado. Históricamente carecemos de estadísticas verificables en la Argentina mientras hay estadísticas europeas que afirman que homicidios, parricidios y crímenes pasionales disminuyen; se torna cada vez menos visible, presentándose esta violencia cada vez menos directamente, disminuyendo el cuerpo a cuerpo. Es así que la violencia se interioriza para preservarse mejor del contacto y la alteridad con el otro, pero también se sustrae de la explosión de una violencia indirecta en el plano colectivo desactivando los conflictos armados internacionales. Afirma entonces Mongin que:

Allí donde la violencia se interioriza, pasa bajo la piel, es cada vez menos visible, perceptible y puede hacer mucho daño. Allí donde se exterioriza, las más de las veces se sitúa a distancia, se traduce en directo en la pantalla. Cuanto más visible, menos daño causa; cuanto menos visible, resulta más dolorosa e imprevisible (Mongin, 1991:63).

Como ejemplo de la interiorización de la violencia ejemplifica sus postulados con la película *«Le grand blue»* (en Argentina se vio como *Azul Profundo*), en la cual el personaje principal, activo participante en torneos de sumergidas en el mar, se va desincorporando lentamente del Otro, con su férrea voluntad de separarse del prójimo para desalinearse mejor, practica una búsqueda extrema de la separación del otro, ejerciendo una violencia, blanca, neutra, cuyo destino final, es la muerte. Afín a esta condición, el autor afirma que: «La interiorización de la violencia se nutre de la vacuidad

4 Con respecto a este tema véase Mongin Oliver: 1991:61-77.

de las mediaciones sociales y de un decaimiento del deseo de relacionarse (Mongin, 1991:65).

Es el porvenir de una ilusión individualista por excelencia que lleva hasta el límite a todos los sujetos a partir de la firme creencia en una sola versión feliz o desdichada de que es posible des-solidarizarse del mundo. Agamben señala lo paradójico de la situación: los nuevos adictos intentan desembarazarse de toda experiencia, pero apelan a que su experiencia sea única e intransmisible. Dice Agamben que:

(...) entre los nuevos drogadictos y los intelectuales que descubrían la droga en el siglo XIX, la diferencia radica en que estos podían aún nutrir la ilusión de vivir una experiencia inédita, mientras que para aquellos ya no se trata de lo mismo, sino de desembarazarse de toda experiencia. La toxicomanía o el deseo secreto de desembarazarse de toda experiencia (Mongin, 1991:66).

En este orden de cosas se crea un marco social de tensiones y rupturas difíciles de obturar, el contexto se hace texto en personalidades débiles y con pocos recursos simbólicos para soportar este embate; sin afirmar que la patología tiene un origen social, pero con la convicción de que participan múltiples factores que configuran una salida hacia el consumo compulsivo de drogas.

Veamos entonces qué vectores de interpretación de este fenómeno se despliegan en estos campos del saber: la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

En el campo de la Psiquiatría encontramos algunas definiciones que consideran las adicciones dependientes de varios factores, definiciones que tienen una tradición moral al considerar el vector constitucional como el centro de lo que allí se promueve, posiciones y teorías heredadas de la noción de «degeneración mental» de la clínica clásica. Así, un clásico de la Psiquiatría argentina –y que aún hoy es texto de estudio para la formación de los jóvenes psiquiatras– afirma que son necesarios ciertos caracteres para configurar el cuadro:

El factor constitucional, que consideraremos en primer término, es el de mayor importancia. Personalidades psicopáticas que denotan cierta fragilidad constitucional física y psíquica, con inestabilidad afectiva y evidente caída de la voluntad que llevan al individuo a un permanente estado de displacer y de disconformidad, están expuestas a caer en el hábito, impulsadas por cualquier factor determinante físico o moral. (Beta, 1967:569).

El factor constitucional se vería exacerbado con el incremento de la llamada disponibilidad de la sustancia, ya que las condiciones actuales viraron hacia la multiplicación de las oportunidades para conseguirlas fácilmente y

en cualquier momento. Sin desmerecer la impronta de este discurso, avancemos hacia un criterio médico más actual en el territorio de las toxicomanías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término *droga* como «toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones» y *droga de abuso* (1982) «aquella de uso no médico con efectos psicoactivos –capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento, y susceptible de ser auto-administrada.» (Martín Del Moral et.al., 1998, 4). Si bien el deseo de estas organizaciones es un análisis de las mismas «desde una perspectiva neutral y científica», la caracterización de las drogas se desliza hacia la valorización de elementos propios de la moralidad, al establecer el concepto de «nocividad social» y proyectar a una sustancia el poder demoníaco del mal. Esta nocividad es caracterizada en base a tres niveles de su accionar: familiar, laboral y personal. Si bien lo lícito y lo ilícito de las drogas, generan complejidades que exceden el campo de la salud –ingeniería financiera, narcoterrorismo, narcopolítica– esta polarización de las sustancias es un elemento a tener en cuenta en el plano de la subjetividad, ya que engendra una medida –la manera de establecer un patrón que instituye la ley– a partir de la cual es transgredida bajo la modalidad de lo prohibido. Sin embargo, no debemos olvidar que las drogas lícitas son las que provocan mayor conflictividad y problema social, si vamos a las estadísticas del SEDRONAR<sup>5</sup>, las drogas de mayor abuso son el alcohol –registremos los cambios culturales en nuestro país asociados al consumo de cerveza–, y el tabaco, promoviendo en los jóvenes situaciones de violencia y pasajes al acto en accidentes de tránsito y otras situaciones en las que ponen en riesgo su propia vida y la de sus semejantes. De la misma forma, en España, un elevado número de personas son adictas a drogas permitidas que provocan mayores problemas a nivel de salud pública y personales, estos consumos son incentivados por la publicidad que los induce.

La delimitación del uso, abuso y dependencia, es una trabajosa tarea que aún no ha sido concluida; particularmente por la intervención de factores

---

5 Analizado el consumo de sustancias en el último año o consumo reciente, se observa que son las drogas legales –alcohol y tabaco– las que tienen mayores tasas de consumo: 48.1% y 27.4% respectivamente. Fuman en igual proporción varones y mujeres, mientras que consumen alcohol más los varones. Por otra parte, el 4.4% de los estudiantes declara consumir algún psicofármaco sin prescripción médica (tranquilizantes y estimulantes), siendo mayor el uso de tranquilizantes. Y al interior de las drogas ilegales, la marihuana es la de mayor consumo y luego las cocaínas. Los varones tienen mayor consumo que las mujeres. En cuanto a la edad de inicio en el consumo, los estudiantes se inician a los 13 años en el consumo de alcohol y tabaco, y a los 14 en el consumo de marihuana y cocaína. En: Ahumada, Graciela; Miorin, Silvia. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Nivel Medio. 2005. SEDRONAR.



culturales y sociales que hacen difícil la universalización de estos criterios basados en lo estadístico y lo cuantitativo. Creemos poder afirmar que la introducción del discurso científico permite la creación de discursos en torno a la droga y su consumo que generan ideología y valores. Es en este sentido que, si bien uso y abuso se discriminan en función de valores cuantitativos, lo que no deja de ser polémico, la OMS adopta para la definición de drogadependencia el siguiente criterio: «síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes» (Martín Del Moral et. al., 1998:6). La droga se significa como un objeto autónomo que absorbe la vida del sujeto, transformándolo en esclavo de la sustancia, es un patrón de pérdida de libertad sujetado al consumo compulsivo.

Este vínculo particular que se ha establecido y generalizado con las sustancias es clasificado en sus variaciones y sus diversas formas como uso, abuso y/o dependencia. Estas diferencias permiten establecer distintas configuraciones toxicómanas, donde la sustancia es para algunos un bastón para soportar el dolor de existir, una gran proporción que se apoya como suplemento para mitigar la angustia y borrar las diferencias; otros que son afectados por un real social que los margina, la utilizan para paliar con un mal menor, lo desolador de quedar absolutamente al margen. Resultado de la segregación del Otro social, con esa doble faz: segregarse del Otro... Otro que constituye una vez más las condiciones de posibilidad para crear bordes desde donde segregarse, separarse, para constituir un colectivo, acción propia de la estructura social que se pone en acto.

En este contexto encontramos a los psicóticos, también gozando de la sustancia y provocando en los distintos saberes una conmoción, que para el discurso de la psiquiatría se cataloga con la noción de doble diagnóstico, es decir, dos patologías asociadas: psicosis y toxicomanía.

El interés de este trabajo es continuar y verificar las conceptualizaciones que sobre el tema de las toxicomanías en su vinculación con las psicosis se realizan en el territorio del psicoanálisis, con las características propias del discurso analítico y el valor que adquieren los conceptos en dicho campo; por todo esto seguimos los planteos teóricos de diversos autores que aportan articulaciones sobre el vínculo que introduce una zona de borde, un territorio limítrofe designado con el conector «y» que los articula.

La utilización del concepto de «farmakón» categoriza las sustancias con otra perspectiva más afín al discurso psicoanalítico<sup>6</sup>; las describe y sitúa, como elemento *indecidable*, que adquiere en su uso singular otras valoracio-

---

6 Al respecto Le Poulichet (1996) categoriza una operación a la que denomina farmakón, describiéndola como la posibilidad de recortar el fenómeno de las toxicomanías, fundando un estatuto propicio para la investigación psicoanalítica.

nes, usos y efectos en la estructura. Como sabemos, en el psicoanálisis tenemos tres estructuras clínicas o configuraciones subjetivas –variantes en la conceptualización de un sujeto– a saber: neurosis, perversión y psicosis. Habrá que investigar entonces el funcionamiento del tóxico en cada una de las estructuras diferenciales.

Exploraremos el concepto de toxicomanías y de psicosis para los discursos médico y psicoanalítico; estudiaremos y recorreremos las particularidades, diferencias y convergencias de esta doble articulación: psicosis y toxicomanías desde estos dos discursos que se entrecruzan.

## 3. La perspectiva psiquiátrica.

### 3.1. Clínica Psiquiátrica

La clínica Psiquiátrica parte de la descripción y análisis de los síntomas y signos que configuran y dan sentido a lo que denomina enfermedades mentales. Históricamente se constituyó como un Sistema de nomenclatura y clasificación, heredero de las clasificaciones y del modelo preponderante y vigente de las ciencias naturales. Un largo derrotero propio de la ciencia positiva, que desde la época clásica, transita por lo dinámico, hasta arribar a los desarrollos actuales que encontramos en el DSM-IV y CIE-10, manuales estadísticos que compilan diversos y variados conceptos que hacen de esta teoría explicativa, un actualizado paradigma positivo, paradigma que posa su mirada en lo que podemos calificar, el nivel fenoménico de la experiencia.

El mito fundante de la Psiquiatría Moderna en la plenitud de lo que se denomina Estado Científico<sup>1</sup>, es el gesto liberador de los locos, que en el imaginario colectivo se asocia a la figura y al acto de Philippe Pinel, cortando las cadenas de los locos en el manicomio de Bicetre. Mito paradójico en la medida en que inaugura la introducción de La Ciencia en la práctica psiquiátrica que libera la locura de la superstición, de la religión y también del acto poético, pero promoviendo otras sujeciones, en particular al discurso médico y las nuevas experiencias concomitantes. Mito alimentado por sus discípulos, fruto de una larga tradición médica, donde el alumno alaba y realiza la transmisión de su amor por el maestro. Mito, en la medida en que sabemos que la acción liberadora ya había sido iniciada y puesta en práctica por el enfermero Pussin y su señora esposa, quienes la habían comenzado en Bicetre en la época clásica. Esta escena fundante es inaugural de

---

1 Gastón Bachelard en «La formación del espíritu científico» distingue tres grandes períodos del pensamiento científico que se pueden diferenciar por sus características propias. El primer período que representa el estado precientífico y que comprendería a la vez la antigüedad clásica y los tiempos de renacimiento y de nuevos esfuerzos, en los siglos XVI, XVII y aún el XVIII. El segundo período, que representa el estado científico, en gestación a fines del siglo XVIII, se extendería hasta el siglo XIX y comienzos del XX. En tercer lugar, la era del nuevo espíritu científico en 1905, en el momento en que la relatividad einsteniana deforma conceptos que se creía fijados para siempre. Bachelard nos habla de espíritu científico, ya que considera que la actividad de la Ciencia no puede dejar de considerar la actividad del científico; ni siquiera en la abstracción más pura se puede disociar la presencia del investigador.

la instalación de la persona del médico en el trato con la locura. Podemos decir que es Pinel el creador de la Psiquiatría moderna, no solo por participar en la acción liberadora de la locura, sino por su metodología exhaustiva y asentada en la psicología de la época: Los Ideólogos nacidos a la luz del Enciclopedismo del siglo XVIII y del método naturalista de Bufón, quien permite la creación de la clínica psiquiátrica.

Si bien Pinel no agrega nada nuevo ni en las descripciones de los antiguos, ni tampoco en lo nosológico, en cambio, en lo metodológico funda la clínica como una vía consciente y ajustada a principios. Comparte con los Ideólogos la tradición nominalista, que afirma debe estar en la base de todo trabajo científico, quienes, herederos de esta tradición, consideraban que «el conocimiento es un proceso cuya base es la observación empírica de los fenómenos que constituyen la realidad» (Bercherie, 1986: 15).

La disciplina que sirve como modelo es la Historia Natural, y es la que organiza el saber científico de la época y su discursividad, en particular la obra de Bufón: toda clasificación *nosográfica* está calcada sobre el mismo modelo de órdenes, clases y especies de la historia natural. Así también es marcada por el retorno a la observación empírica y clínica de Hipócrates, y cuyo último avatar será el positivismo de Augusto Comte, quien afirma que:

El hombre puede confiar en sus facultades de observación y de análisis; los fenómenos tal cual se le aparecen no son la esencia de la realidad última, pero son suficientemente paralelos a ella como para que pueda fundar en ellos un saber a la vez siempre aproximativo y sin embargo valedero. (Bercherie, 1986:15)

o sea, integrar a las ciencias matemáticas como elemento formalizador para la obtención de una lengua comunicable y común a todas las ciencias. Otro hito en la creación de esta psiquiatría científica será la invención del método anátomo-clínico, que suministró bases que se sumaron a la primera condición: empirismo y observación. El elemento lesional explica entonces, la acusación etiológica de la enfermedad y como lo señala Foucault, se sella el pacto ciencia-medicina y se inaugura el camino por el cual, una manifestación se realiza en el exterior como cuadro clínico<sup>2</sup>.

Es entonces, que se sella el pacto ciencia-medicina y se inaugura el camino por el cual, aún hoy, transita esta disciplina:

---

2 La nosografía [clasificación de las enfermedades mentales] será fruto de esta clasificación de fenómenos observados de la enfermedad, que se logrará aislando las clases sintomáticas. La anatomía patológica juega en esta época princeps un papel solo secundario, ya que si bien se puede ubicar en el cuerpo, aún el nivel causal permanece inaccesible.

La formación del método clínico está vinculada a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y los síntomas. El reconocimiento de sus derechos constituyentes acarrea la desaparición de su distinción absoluta y el postulado de que, en lo sucesivo, el significante (signo y síntoma) será enteramente transparente para el significado que aparece sin ocultación ni residuo, en su realidad más maquinal y que el ser del significado –el corazón de la enfermedad– se agotará entero en la sintaxis inteligible del significante (Foucault, 1991: 132).

Esta empresa acarrea en sí misma una idea ingenua, y es que en sí la enfermedad es el síntoma, no hay esencia, el síntoma en sí mismo queda a nivel de la naturaleza.

Esta primera clasificación de la locura o alienación mental, propone considerarla como una enfermedad en el sentido de las enfermedades orgánicas, en la dicotomía salud-enfermedad, es una perturbación de las funciones intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso, idea partidaria del materialismo psico-fisiológico de Cabanis<sup>3</sup>.

Dentro del estudio de las funciones superiores, el estudio de la sensación ocupó el centro del interés como unidad de la esfera representativa, la primera etapa del movimiento de conocimiento del mundo. Este empirismo ingenuo marcó los primeros intentos clasificatorios en clases, por supuesto muy alejados de las clasificaciones actuales.

Enumeraron, y en un afán de disección del alma, estudiaron una a una las llamadas facultades mentales y los sentidos respectivos: la conciencia, la memoria, la percepción, la atención, el juicio, las ideas. Tenemos un buen ejemplo de la época en el estudio del Salvaje de Aveyron (Pinel e Itard, 1978): un niño de trece años encontrado en estado de abandono en la campiña de Francia, un caso testigo de la ideas que predominaban en el siglo XIX, cuando se discutió en las sociedades científicas más importantes de la época, entre otras cuestiones, qué vínculo se establece entre la naturaleza y la cultura, y qué distingue al ser humano de lo no humano. En esta viva polémica, Pinel fue uno de los expositores de estas disquisiciones que interesaron vivamente al espíritu de una época que comienza a analogar científico a ciencia natural, y cuyo residuo alimentó la literatura, poblándola de historias plenas de seres monstruosos y fantásticos.

---

3 Médico y filósofo francés (Cosnac, 1757 - Rueil, 1808) Profesor de higiene en París durante la Revolución francesa, fue uno de los más destacados representantes de la corriente de los «ideólogos». Estudió la relación mente-cerebro e interpretó el pensamiento como una función de la actividad cerebral. Su pensamiento ejerció notable influencia sobre las costumbres de su tiempo. Cabe destacar su obra Tratado de física y moral del hombre (1802).

La nosología de Pinel inició la creación de clases fenoménicas, de comportamientos, convencido de que esas divisiones recubren algo de la esencia de lo Real; en la actualidad se piensa la enfermedad mental de otra manera, son los síntomas los que arman el cuadro que define la enfermedad.

Es entonces que la Psiquiatría nace como clínica de la mirada, positivizando los fenómenos que intenta describir, clasificando, observando minuciosamente, construyendo un *paradigma* con las herramientas del conocimiento científico, herramientas heredadas de las ciencias de la naturaleza.

Siguiendo la huella de esta vertiente normalista y operando críticamente, Foucault afirma que el discurso médico se funda en el momento en que se articula en torno a la mirada, es *la mirada* la que analiza, observa y da significado a los objetos. Es el ojo clínico que transforma al cuerpo en objeto.

La tradición de la clínica psiquiátrica que recorre el largo trayecto de Pinel a Bleuler, a Girard o Kraepelin, llegando a uno de los últimos grandes de la clínica Psiquiátrica, Henri Ey y su *organodinamismo*, ha sufrido diversas mutaciones, cambios de línea directriz, pero en la actualidad ha quedado relegada al simple plano de la clasificación de los trastornos mentales, siendo esta, la variante de la psiquiatría psicodinámica.

Si bien es importante recordar que la psiquiatría psicodinámica, por un lado y hasta Jaspers, avanzaba con el paralelismo psicofisiológico; es con la fenomenología y con las teorías freudianas que dará un giro epistémico al fundamento de la mirada y de la causalidad. Por otro lado para los autores anteriores a Bleuler, lo que estaba en «causa» era una lesión en particular o podría ser también el azar; con esta *ruptura epistemológica*, se transformó en expresión de un movimiento psicológico y esto fue a partir de la adopción por parte de los más representativos de

(...) las teorías freudianas, en particular, la de los complejos y sus mecanismos freudianos, la condensación y el desplazamiento, el deseo sexual y sus movimientos y mecanismos particulares: aversión, temor, negación de una realidad penosa, reacción ante un acontecimiento vivido o esperado, ante una relación interpersonal, ante un medio específico. (Bercherie, 1986:152).

En este campo problemático y de grandes cambios, surgen los aportes de Henri Ey<sup>4</sup>; su doctrina postula una organización dinámica de las funciones psíquicas, dependiendo unas de otras de arriba hacia abajo, oponiéndose a la doctrina de las constituciones, heredera de las tradiciones alemana y francesa. Basado en el modelo del neurólogo Jackson, Ey mantiene en su clasificación el vínculo entre neurología y psiquiatría, postulando una

---

4 Este médico psiquiatra de origen francés, compañero de Jaques Lacan en Saint Anne es considerado uno de los últimos grandes representantes de la psiquiatría dinámica, teórico del organodinamismo, y reivindicador de la figura de Philippe Pinel.

fenomenología de la conciencia, incluyendo el organicismo como fundamento clasificatorio de una distinción entre enfermedades mentales agudas –crisis, accesos y estados paroxísticos– y enfermedades crónicas; realiza entonces un análisis del curso de la enfermedad en desmedro del simple análisis sintomatológico.

En su sistema, Ey afirma que es fundamental la semiología para analizar el cuadro clínico, sosteniendo que para describir las *enfermedades mentales*, es necesario elaborar una idea directriz para la clasificación que deberá surgir de la observación clínica:

(...) sin prejuicios doctrinales ni hipotéticas concepciones patogénicas (...) Para definir estas afecciones, caracterizadas únicamente por sus síntomas (o si se quiere por su estructura) y su evolución, es necesario atenerse a la fisonomía clínica y a la evolución de los trastornos. En este sentido y de conformidad con los estudios clásicos, pensamos que debe distinguirse entre las enfermedades mentales o Psicosis Agudas y las enfermedades mentales o Psicosis Crónicas. (Ey et.al., 2000: 209).

Clasifica entonces en dos grupos diferenciados: por un lado, los procesos agudos o transitorios, de tiempo variable pero que tienden a su remisión, o a la «restitutio ad integrum» procesos que ceden y no dejan secuelas de su producción, psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes, y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de la epilepsia. Por el otro lado o polo, las crónicas, con una evolución progresiva y deteriorante, que avanzan destruyendo la actividad psíquica: las neurosis, la psicosis esquizofrénica y las demencias.

Con respecto a esta relación entre las enfermedades mentales agudas y las crónicas, dice Ey que no solo se trata de una oposición en cuanto a la duración y progreso de la misma, sino de distinguir *modalidades estructurales profundamente diferentes*, en base a la estructuración y desestructuración del campo de la conciencia, y a la semiología del campo de la personalidad –alteración y alienación de la personalidad– pudiendo afirmarse que:

(...) una psicosis aguda puede transformarse en psicosis crónica añadiendo a la patología del campo de la conciencia una alteración más durable o permanente del Yo, lo que caracteriza, en efecto, a las otras especies morbosas que vamos a hablar. (Ey et. al., 2000: 354).

Esta fenomenología de la conciencia que postula Henri Ey se cimienta en la consideración del *dasein* que es el ser-en-el mundo, es el ser ahí, una conciencia arrojada al mundo, el análisis fenomenológico recibe influencias de Martin Heidegger, abarcando la descripción de lo dado, lo que

define también al hombre en su posibilidad, es un ser posible, un ser en potencia arrojado al mundo con un proyecto de vida que podrá ser o no. Es una teorización que abrevia en la fenomenología y que intenta sintetizar los aportes anteriores en materia de organicidad del aparato psíquico, procurando la superación de las propuestas que solo se basan en un matiz biológico. Sumar el aporte del análisis fenomenológico es intentar, con palabras comunes, la comprensión de la experiencia ya dada ahí, en ese encuentro entre médico y paciente.

### **3.2. La corriente norteamericana.**

Es insoslayable el peso de la corriente norteamericana en la práctica psiquiátrica actual, basada en la evidencia empírica, hija dilecta de los principios de la causalidad propios de las ciencias médicas, modelo pertinente al campo de las ciencias biológicas.

La práctica clínica depende en consecuencia de la mirada médica, y lo que adquiere máxima importancia, es entonces, la «evaluación clínica del paciente, guiada y cementada en claros principios clínicos, éticos y legales» (Flaherty et.al., 1988: 15). Esta evaluación debe cumplir con claros objetivos postulados, y que deben lograrse en la misma, en especial arribar al diagnóstico en base al manual DSM-IV, con su Sistema Multiaxial<sup>5</sup>. Esto permite la planificación del tratamiento, basado en las *necesidades* del paciente y en la capacidad de respuesta al mismo.

La entrevista psiquiátrica es el elemento clínico con el cual se lleva a cabo la tarea clínica, su estructura intenta ser abarcativa y pretende la apropiación de todos los sectores de lo Real. La evaluación diagnóstica de la personalidad, permite indagar sobre los «trastornos» presentes; es una entrevista clínica estructurada en base a varios ejes de la personalidad y la vida de un sujeto, y su criterio es Multiaxial. En consecuencia, la evaluación se realiza en base a varios instrumentos que se han desarrollado recientemente para que los clínicos puedan llevar a cabo un diagnóstico confiable de la personalidad según los criterios del Manual de desórdenes mentales DSM-IV. Uno de los instrumentos desarrollados a tal fin consiste en la entrevista clínica estructurada para la personalidad. Esta prueba es completada por el clínico después de una entrevista semiestructurada de aproximadamente sesenta minutos de duración.

---

5 El DSM-IV ó CIE-10 es el manual donde se especifican los trastornos mentales, un criterio diagnóstico y de clasificación de los trastornos mentales de uso preferente en los EEUU y el CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, se utiliza con mucha frecuencia en Europa. En 2015 salió la versión DSM-V del Manual actualizándolo.



Este es uno de los objetivos fundamentales a la hora de establecer los máximos criterios de «objetividad», la suma de sus aspiraciones positivas, ya que «Los criterios del DSM-IV permiten establecer un esquema diagnóstico confiable, específico y simple, dado que los criterios son verbalizados y se basan en la observación de fenómenos objetivos en lugar de presuntas causas» (Flaherty et.al., 1988: 22). Notamos un giro de la causalidad, no se indaga en el origen y se pone el acento en lo que se encuentra como producto. El rigor de la clínica sería el de lograr la mayor objetividad posible, rechazando la intrusión de la subjetividad del clínico, es una valoración positiva de los fenómenos tal cual se dan en la realidad del paciente; la evaluación constituye así un cuadro para la futura planificación del tratamiento,

Existen en este sistema multiaxial cinco ejes, con cinco criterios que permiten establecer un esquema diagnóstico, simple, basado según sus autores, en la simple observación de fenómenos «objetivos» que se apoyan en fundamentos empíricos sólidos, en lugar de presuntas causas, como reza su introducción:

El DSM-IV se centra en objetivos clínicos, de investigación y educacionales (...) y se apoya en fundamentos empíricos sólidos, es una guía útil para la práctica clínica (...) las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. (...) La tarea inicial de cada uno de los grupos de trabajo del DSM-IV fue identificar los temas más pertinentes correspondientes a cada diagnóstico y determinar los tipos de datos empíricos para su resolución. (Pichot et.al., 2004: XIV).

Con respecto a la definición de «trastorno mental», cuestiona y debate el límite de este concepto, postulando su imprecisión que lo hace remitir a la dualidad cartesiana cuerpo-alma, marcando una insuficiencia en dicha postulación. En sus pretensiones de totalidad, arriba a definirlo de la siguiente manera:

(...) el término «trastorno mental» (...) carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades (...) también ha sido definido mediante una gran variedad de conceptos como por ejemplo malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón síndromico, etiología y desviación estadística. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto, y cada caso requiere una definición distinta». (Pichot et. Al., 2004: XVIII).

Entonces, trastorno mental, es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, asociado

a un malestar como por ejemplo un dolor, a una discapacidad de tono funcional, como puede ser un nivel o grado de deterioro en una o más áreas de funcionamiento psíquico, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad en las acciones.

En consecuencia, su conceptualización es en base a la disfuncionalidad que aporta la sintomatología, ya que «(...) debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica». (Pichot et. al., 2004: XXI) Dichos trastornos han sido categorizados en base a criterios de exclusión e inclusión, basados más en la cuantificación de síntomas, que en la asignación de categorías, y su enfoque es acorde a todos los sistemas diagnósticos médicos.

El diagnóstico se organiza en función a la problemática actual que presenta cada sujeto al momento de la consulta, y encuentra en el motivo de la misma, los elementos que constituyen el diagnóstico principal. En el horizonte de la práctica está el orden clasificatorio, independientemente de la complejidad del caso a evaluar.

El *diagnóstico multiaxial* es una evaluación en base a la consideración de los síntomas en diferentes ejes: en el eje I se evalúan los trastornos clínicos actuales y otros síntomas que merezcan la atención clínica, en el eje II los trastornos de la personalidad y el retraso mental, en el eje III las llamadas enfermedades médicas, en el eje IV los problemas psicosociales y ambientales, y en el eje V, la actividad global.

Según sus autores, este Modelo «(...) promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación» (Pichot et. al., 2004: 37). Retomaremos en los próximos párrafos, la conceptualización específica que este modelo realiza de las psicosis y de las toxicomanías.

### **3.3. Toxicomanía: una aberración pulsional.**

Varios autores coinciden en postular las *monomanías* como el concepto germinal que dio paso a la creación del término *toxicomanías* (Laurent, 1997:15). Dentro de las diferentes variantes de clasificación de la Psiquiatría, Jean. E. D. Esquirol aisló el grupo de las *monomanías*, las que describió como formas parciales de enfermedad mental que podían concernir a los instintos, la inteligencia o la afectividad, concluyendo de aquí la pertinencia de ubicar dentro de esta categoría a las locuras por los tóxicos, ese deseo irrefrenable de consumir alguna sustancia psicoactiva. Se reconocieron por entonces ciertas formas de nosografías o de delirio que podrían clasificarse dentro de esa idea, tales como la *locura obsesiva*, el *delirio emotivo de More*, el *delirio de persecución* de Lasègue, la *paranoia* de Westphal, la «*moral insanity*» de Rush y Prichard. De ese esfuerzo por aislar las entidades monomaniacas, resultó

la admisión de enfermedades mentales consideradas parciales, como las *neurosis obsesivas* o la *paranoia*.

En la perspectiva de Henri Ey, el cuadro de la toxicomanía, está incluido dentro de las enfermedades mentales crónicas que por su organización permanente, aunque no siempre irreversible, constituyen formas patológicas de la existencia. Sus caracteres comunes son: 1º constituir trastornos mentales durables, estables y a veces progresivos; 2º modificar más o menos profundamente el sistema de la personalidad.

Según su grado de gravedad, estas enfermedades engloban las formas de desequilibrio psíquico, las neurosis, las psicosis delirantes crónicas y esquizofrénicas, y las demencias. En la descripción clínica de estas enfermedades mentales crónicas, los síntomas de desestructuración de la conciencia no se observan casi, si no es a título de episodios, o bien en las formas graves (disociación esquizofrénica y demencia); por el contrario, lo que caracteriza esencialmente su sintomatología es el hecho de que su semiología típica adquiere sus elementos de lo que define como semiología de la personalidad, esto quiere decir que se trata de la patología del Yo, en tanto centro del sistema de la personalidad (los trastornos del carácter – psicopatías y neurosis del carácter–, las alteraciones del yo psicótico –ideas delirantes y expansivas– y las desorganizaciones del yo demencial).

Dirá que lo que domina en estos cuadros es la sintomatología de orden positiva, a diferencia de las agudas donde lo negativo es lo predominante, por ello es obligado dar una mayor importancia en las descripciones clínicas, al psicoanálisis y a la fenomenología, ya que pueden describirse en y por «el juego del sistema relacional de la personalidad con su mundo y especialmente en sus relaciones dinámicas con el inconsciente» (Ey et.al. 2000: 355).

Las toxicomanías son incluidas dentro de las «anomalías caracterológicas de la personalidad» que para el autor presentan considerables problemas, tanto desde el punto de vista médico legal como desde la perspectiva asistencial; lo que hace caracterizarlas como formas caracteriales psicopáticas, categorización dependiente del concepto de «desequilibrio psíquico» heredero del término «degeneración mental» de Morel<sup>6</sup>, quien marcó su diferencia relevando la clasificación según las alteraciones de las facultades mentales, para centrarse en la unidad del cuadro clínico, buscando una entidad común que le permitiese la elaboración de los cuadros. Aun admitiendo las causas físicas, da lugar preponderante a las causas morales, proponiendo el concepto de determinantes.

---

6 Morel, autor del siglo XIX, influyó decisivamente en ciertas categorizaciones que parecen tender a una nosografía de tipo moral. Definido por algunos contemporáneos como oscuro y confuso, intentó pasar del análisis a una síntesis, centrándose en el elemento etiológico.

Las determinantes serían aquellas características que le dan el rasgo específico a la entidad y que permite agruparlas en «clases», dejando en claro la pertenencia a una de estas, y no a otras: «(...) la locura constituye en él [el grupo] un hecho primario que puede estar enteramente ligado a la acción de la causa.» (Bercherie, 1986: 69).

Este Tratado fue influido fuertemente por concepciones metafísicas y religiosas, en particular su concepto de hombre, en el que claramente encontramos ideas y nociones para su construcción que son derivadas de la instancia divina. Posemos nuestra atención sobre un breve recorte de su Tratado en donde enuncia sus ideas y concepciones, leemos:

Toda desviación de ese tipo es una degradación, es una degeneración; la posibilidad de esa degradación es favorecida por la acción sobre el hombre de circunstancias exteriores nocivas y como última determinación, por el pecado original que lo sometió a sus vicisitudes de relaciones con el mundo. (Bercherie, 1986:69).

Para Morel una enfermedad mental no es más que la expresión sintomática de las relaciones anormales que se establecen entre la inteligencia y el instrumento enfermo, el cuerpo. Este constituye el fondo de toda teoría organicista de las enfermedades mentales.

Lo distintivo de Morel es proponer que la herencia es un factor fundamental en la degeneración, así la locura es transmisible genéticamente, es una herencia maldita que se arrastra por generaciones. Las causas de estas degeneraciones podrían ser tóxicas, medioambientales, del temperamento, morales, heredadas.

Interesa para este trabajo, cómo estos conceptos de enfermedad hereditaria, de locura moral, se deslizan subrepticamente hacia la actualidad, dando elementos para la conformación de estereotipos y de estigmatizaciones con ascendencia en las clasificaciones, en particular en la construcción del estereotipo del toxicómano<sup>7</sup>. En definitiva, toda consideración diagnóstica pone a la luz una posición de tipo ético, ya que diagnosticar es una actividad que implica un juicio diagnóstico, bajo cualquier consideración teórica o clínica, allí se juegan cuestiones de ese orden: clasificar, implica la violencia del significante.

---

7 Este punto se encuentra desarrollado en Riccombene, N. (2013) «Reflexiones interdiscursivas sobre la construcción del objeto droga y sus consecuencias: una perspectiva psicoanalítica».

La idea de depravación de las tendencias morales está presente en estas caracterizaciones moralizantes del *adicto*, muy cercanas a la del *delincuente* o del *extranjero*<sup>8</sup>; como vemos en la siguiente afirmación del Tratado de Morel:

(...) sus tendencias innatas para el mal me hicieron designarlos, desde el punto de vista médico legal, bajo el nombre de maníacos instintivos. El incendio, el robo, el vagabundaje, las propensiones precoces para los excesos de todo tipo, forman el triste balance de la existencia moral de estos desdichados (...) pueblan en gran proporción en las instituciones penitenciarias infantiles y las prisiones (Bercherie, 1986:74).

Estas alteraciones, que para Ey no son muy profundas, delatan como elementos semiológicos los graves trastornos de conducta de tipo antisocial, englobados dentro de la «personalidad psicopática», lo quiereconoce como denominador común su anti sociabilidad y su impulsividad. ¿Cuáles son sus caracteres generales? Son sujetos que «presentan una anomalía de personalidad, trastornos afectivos y caracteriales diversos, y una propensión a la conducta antisocial» (Ey et. al., 2000: 356).

Los criterios de normalidad con los cuales Ey parametra a estos sujetos surgen de un compromiso entre apreciaciones estadísticas (sujetos aberrantes, excéntricos) apreciaciones de eficiencia en la valoración de sus conductas (inadaptados, desadaptados, deficientes), apreciaciones morales (perversos, inmorales) o jurídicas (predelinquentes, criminales) y las desviaciones de las tendencias pulsionales.

Avancemos hacia una definición de la toxicomanía según este autor: «lo que define el desequilibrio instintivo-afectivo de estos psicópatas es la apetencia toxicomaniaca, pues su toxicomanía es, por así decir, tan solo secundaria a esta anomalía de su sistema pulsional». (Ey et al., 2000:356) y caracteriza a esta apetencia toxicomaniaca como una desviación del instinto, una perversión que satisface su necesidad (búsqueda del placer, evitación del sufrimiento) por medio de una absorción habitual y específica de un tóxico (droga). Lo que define la toxicomanía es la «actitud hacia el tóxico» es decir la irrefrenabilidad del acto, la perversión del deseo y la dependencia en relación con la droga. Con respecto a la dependencia, la sustancia deberá tener ciertas propiedades fisiológicas como condición necesaria pero suficiente para crear el cuadro, propiedades que provoquen efectos narcotizantes, euforizantes, tranquilizantes y alucinatorios.

---

8 La construcción del estereotipo asume entre otras cosas la proyección de aquello no deseado y vivido como peligroso en el otro social. La literatura argentina en momentos de los períodos inmigratorios retrató este rechazo del otro, del diferente, caricaturizándolo, y haciéndolo poseedor de características malignas. Puede verse claramente en la novela *En la sangre* de Eugenio Cambaceres, escrita en 1887.

Así clasifica las sustancias por sus efectos y separa al morfinómano, el opiómano, el cocainómano, el barbiturismo y la politoxicomanía donde se asocia alguna de estas drogas al alcohol, estableciendo como prototipo del drogadicto al morfinómano tal cual se observa en los países occidentales. Le Poulichet (1996) critica esta modalidad de caracterización de agrupación «por sustancias», ya que reduce la personalidad adictiva a una causalidad lineal del tipo causa-efecto que no permite el abordaje más complejo del fenómeno de la drogadependencia.

Dirá Ey entonces que:

El hecho de entregarse a un tóxico se inscribe, en efecto, por lo general, en el desarrollo de una conducta perversa: imitación del snob o del ocioso (papel de proselitismo de ciertos toxicómanos); búsqueda de sedación del ansioso y en el hipocondríaco; o medio de liberación y de subversión en el psicópata perverso. Y es que en el origen de la necesidad del placer tóxico-fílico es donde se encuentra la raíz afectiva profunda de la perversión. (Ey et al., 2000: 380).

Entiende como perversión, una detención en el desarrollo psicosexual, en particular, una fijación intensa al nivel infantil de la oralidad, que permite por la regresión ocasional o búsqueda de la edad adulta, evadirse de las dificultades de la existencia. La ley del placer impone sus reales sobre los principios de la realidad y de la moralidad. Esta categorización muy frecuente durante las décadas de los '60 y '70, es producto de una mirada psicoanalítica de raigambre abrahámica, sobre las etapas de desarrollo psicosexual y la evolución de la libido.

Dentro de estas caracterizaciones del drogadicto se adscribe el fenómeno a la habituación mediante la cual desarrolla una tolerancia cada vez mayor a las drogas, necesitando aumentar las dosis, repitiendo la experiencia con dosis mayores, y donde la necesidad es también un estado angustioso. A fin de prevenir los desarrollos de angustia, el adicto anticipa y eleva las tomas y la frecuencia, esto es singular para cada sujeto, uno se contenta con dosis mínimas y otro puede tender a aumentar las dosis y elegir diferentes vías de introducción del tóxico en su cuerpo.

La búsqueda psicológica de la sustancia se realiza en un desesperado intento por modificar y pacificar la crisis de los *sentimientos vitales*<sup>9</sup>, es un tratamiento artesanal del dolor y la angustia –fallido e insuficiente– para suprimir la actividad y el funcionamiento de adaptación a la realidad, según su lectura de corte funcionalista. Según Ey, esta experiencia es considerada

---

9 Según la teoría de las emociones se define como sentimientos vitales o difusos a aquellos que afectan la totalidad del cuerpo (por ejemplo, excitación o depresión globales) A veces pueden manifestarse con carácter cíclico y/o estacional.

por los psicoanalistas como una regresión narcisista, donde el tóxico hace su trabajo sustitutivo, relevando las sensaciones dolorosas por vivencias de «poder personal y de fantasías hedónicas» (Ey et. al., 2000: 382) Claramente aparecen en las fantasías del drogado las sensaciones de un acercamiento a lo que puede definirse extraño y que se le impone es entonces que:

Queda el hombre sorprendido y dominado por lo todo lo que sucede, incluso por lo que él mismo dice y hace. Su risa, todas sus expresiones chocan con él como sucesos exteriores. Alcanza también vivencias que se avecinan a la inspiración, a la iluminación... (Benjamin, 1974:27)

Una característica de la toxicomanía es la búsqueda de la saciedad inmediata, cuestión que altera las prioridades en su búsqueda de satisfacción: es entonces que los otros, los semejantes, son desvalorizados, las relaciones se convierten en piezas intercambiables de un universo utilitario, organizado en procedimientos destinados a alcanzar su fin, conseguir más droga. Una distinción muy importante es la diferenciación en dos tipos de toxicómanos: los *impulsivos* y los *compulsivos*; dos tipos clínicos donde el polo de la impulsividad es asimilado por su cercanía al polo perverso; por otro lado el *compulsivo*, en quien se daría una lucha angustiada contra el vicio, esto es importante en relación a las posibilidades de salida del circuito adictivo por medio del tratamiento psicoterápico.

La caracterización de la toxicomanía para la Psiquiatría, arrastra estas consideraciones morales, efecto de los conceptos heredados de la tradición médica que se vuelcan en los manuales estadísticos con los cuales se miden las características del consumo. Siempre se trata de una perturbación en base a la dicotomía normal-anormal que encontramos como base de todos sus desarrollos; para Ey es una perversión, una anomalía producto de un anormal desarrollo de la pulsión. Es en este sentido que Ey da un paso, sobre el empirismo ingenuo de los americanos con su DSM-IV al considerar la toxicomanía a través de elementos o fuerzas en juego, la dinámica pulsional, la tensión entre instancias, y un desarrollo psicosexual alterado o detenido. En la base de estos planteos podemos encontrar que la toxicomanía sirve como modelo que puede ser transpolado al estudio de las psicosis, considerándolas como producto de un desajuste del organismo, un desajuste químico de la máquina que altera la subjetividad.

### **3.4. Psicosis: fracaso de la realidad.**

En este apartado analizaremos la mirada de la Psicosis desde los desarrollos del organodinamismo de Henri Ey y haremos una breve referencia al

modelo del *Manual DSM- IV* citado en el inicio de este capítulo. Para Ey la dimensión patológica domina y organiza la dimensión clínica; no hay entidades clínicas, sino síndromes organizados en una lógica de la articulación entre el cuerpo y el espíritu a través de una concepción de la *representación* y la *actividad simbólica* del Hombre. Esta articulación se concibe como una síntesis dialéctica entre el organismo y su situación vital. Henri Ey apela al análisis estructural, una aproximación al sujeto desde el campo del médico, método definido como análisis existencial, método sintético y comprensivo que intenta complementar la semiología clásica con este encuentro entre médico y enfermo donde se dialectizan las intuiciones, el contacto y los intercambios afectivos. Asimismo, considera que este campo se organiza en función de una estricta semiología que abarca tres planos de análisis: el análisis del comportamiento, de la actividad psíquica basal y del sistema permanente de la personalidad. Se realizará una breve descripción de estos tres niveles con la intención de explicitar en detalle el concepto de psicosis de Henry Ey.

En primera instancia situaremos su posición respecto a la *semiología del comportamiento* que es una observación del comportamiento más manifiesto y engloba este encuentro entre médico y enfermo, incluyendo la presentación, las reacciones al examen y al contacto con el médico, las reacciones sociales, es decir, al medio que lo rodea. Pone énfasis en este vínculo desde la perspectiva de la observación, una empiria que no descuida la penetración del fenómeno en toda su amplitud; este punto es una observación primera en este encuentro que tiene en cuenta todas las características visibles que se presentan a la mirada del clínico.

En segunda instancia, se plantea el análisis de la actividad psíquica basal y su comprensión, análisis más profundo que intenta penetrar la organización (si se quiere, la estructura) de la vida psíquica actual corresponde a la experiencia presentemente vivida. Y esta experiencia está constituida por el conjunto de los fenómenos psíquicos (percepción, imaginación, lenguaje, sentimientos, necesidades, humor, fantasías, actividad psicomotriz) que componen el campo de la conciencia en cada instante de la existencia del sujeto. Esto es, una integración de la clasificación de las facultades mentales con el estado actual de la vida del sujeto, y se realiza en base a la idea de Jaspers acerca de la conciencia como un corte transversal en el sujeto, la conciencia como la vida psíquica en un momento dado, por lo que esta semiología pertenece al campo de la conciencia – *semiología de la conciencia*.

El último aspecto analizado es la *semiología de los trastornos de la personalidad* que impactarían sobre el funcionamiento del Yo, entonces:

(...) en la clínica, es necesario considerar que el sistema de la personalidad (el yo en tanto que dueño de su carácter, autor de su personaje, artesano de



su mundo y sujeto de su conocimiento) puede sufrir alteraciones (que solo un corte longitudinal de la historia de la persona puede poner en evidencia) que contrastan por su permanencia con las modificaciones patológicas de la experiencia actual (Ey et al., 2000: 119).

Este es el nivel más «profundo» del sujeto que daría cuenta de las características del yo en base al desarrollo de la enfermedad, la profundidad del trastorno, su aspecto agudo o crónico, esto es, la manera en que los síntomas se integran a la personalidad. Es así que:

(...) resta la necesidad de aprender los síntomas, que, bajo su forma crónica de desequilibrio, de alteración, de alienación o de involución de personalidad, manifiestan las agencias o trastornos del sistema mismo de la personalidad, este análisis responderá a los problemas de diagnóstico y de pronóstico clínicos. (Ey et. al., 2000: 122).

En Ey el concepto de *psicosis* se encuentra generalizado, solo es posible distinguir una cuestión de grados de desestructuración, una escala organizada en relación a la profundidad de ese Yo alienado. Una frase significativa respecto de la definición de psicosis puede ilustrar nuestra afirmación: «Digamos, para comenzar, que el término general de Psicosis debería convenir para la definición de todas las enfermedades mentales, pero, sin embargo, no es una denominación general» (Ey et al., 2000:209) –ya que depende del grado de desorganización de la conciencia y de la personalidad.

De esta manera Ey utilizará la distinción entre *psicosis agudas* y *psicosis crónicas* manteniendo la «*idea delirante*» como el término por el cual se podrá distinguir como síntoma una alteración de la relación del sujeto con la realidad, una creencia inamovible, es decir, una certeza:

Para comprender bien el sentido y el alcance de este aspecto semiológico fundamental de los trastornos de la personalidad, debemos precisar que estos trastornos afectan esencialmente a la concepción del mundo implicada, como hemos visto, en la noción de Yo. En efecto, el Yo está vinculado a su mundo y esta ligazón «existencial» es constitutiva de la «realidad», del ser-en-el-mundo en tanto que representa el orden en el cual se desarrolla su existencia. (Ey et al., 2000:125).

Así, la psicosis se manifestará clínicamente por sus síntomas –y en el estricto sentido psiquiátrico– como convicciones y juicios dogmáticos, formulaciones ideo-verbales, comportamientos y actitudes gobernadas por creencias irreductibles, que constituyen para el sujeto una especie de verdad y de ideal que no están de acuerdo con la realidad ni se adaptan a

la coexistencia con los demás, síntomas que manifiestan el trabajo de germinación y de construcción de las ideas delirantes, se trata de una ruptura con la realidad.

Ahora bien, se plantea una clasificación en tres tipos para la «alienación delirante», intentaremos ahora precisar un poco más esta expresión. El concepto de *ideas delirantes* está plenamente articulado al de *alienación*; Ey considera que es un concepto terminante en la medida en que denota una profunda desposesión de la personalidad, y por otra parte, ambiguo, ya que podría aplicarse a todas las enfermedades mentales. Prefiere reservar el término para designar entonces, la modificación del sujeto con la realidad, modificación que se encuentra en el delirio, bajo la forma de «creencias inamovibles, de ideas delirantes que se aplica en rigor a esta forma de alienación» (Ey et.al., 2000:125). Es una alteración de lo que se considera la realidad del ser-en-el-mundo, una inversión de la relación del yo, ya que éste es el vínculo con el cual el sujeto se vincula con el mundo. Esta alteración del vínculo existencial del sujeto, se manifiesta de la siguiente forma: «(...) Dicho de otra manera, esta alienación es el Delirio. No el delirio de la experiencia delirante, delirio vivido sobre el registro de la actividad percibida, sino el delirio de la creencia delirante, de la idea delirante» (Ey et. al., 2000: 125). Las ideas delirantes pueden formar un sistema, otras veces, ser la base de una concepción fantástica, y unatercera resultante, pueden estar poco estructuradas y resultar lo que Ey denomina un «laberinto impenetrable»<sup>10</sup>. A partir de estas consideraciones acerca de las ideas delirantes polarizadas en la expansión delirante del Yo con su megalomanía, y la retracción delirante del yo, con la retracción libidinal y el retraimiento, clasifica el delirio en base a una tipología fundada en las percepciones que dirige y sus características la cual nos permitirá observar la lógica clasificatoria en base a consideraciones fenomenológicas y observacionales planteadas por este autor. Hallamos entonces tres tipos de ideaciones delirantes que organizan la personalidad: Un primer tipo con un *desarrollo delirante de la personalidad* (Jaspers), son delirios pasionales que polarizan al yo en un tema erotomaniaco de celos, de reivindicación o querulante, o de delirios sistematizados de persecución o de influencia. Este tipo de personalidad delirante (paranoia) se caracteriza más por la claridad y el orden de la vida psíquica, por su polarización en el sentido de una o varias creencias delirantes axiales, que por la estructura sistemática y «razonante» de la ficción. Los mecanismos prevalentes son los de intuición y de interpretación.

---

10 «Las ideas delirantes constituyen los temas que manifiestan el trastorno de la existencia (dasein), es decir, las relaciones del Yo con su mundo, sea éste que quede como inflado por la expansión de los deseos del YO contra la realidad, sea que se vea implicado en el movimiento de retracción del Yo». (Ey et.al., 2000:125).

Un segundo tipo de *alienación delirante* está representado por una exuberante producción imaginativa, muy frondosa e ingeniosa: son los delirios de imaginación de Dupré y las Parafrenias de Kraepelin. Este tipo de delirio crónico se caracteriza por la rica fabulación, los falsos recuerdos, la tendencia a sustituir las representaciones colectivas de la naturaleza, de los acontecimientos o de las relaciones sociales, por una concepción fantástica del mundo.

Un tercer tipo está representado por el grupo de las *esquizofrenias*, caracterizado por una alienación de la persona y de su mundo, absorbidos en una existencia autística, (es decir un mundo impenetrable y caótico que constituye un verdadero mundo al revés), donde el sujeto vive, como replegado y vuelto hacia las profundidades imaginarias del Ser.

Podemos concluir con Ey, que clasifica este tipo de personalidad delirante en tres clases: los Paranoicos, los Parafrénicos y los Esquizofrénicos.

El *DSM-IV*, como ya lo hemos indicado, clasifica en base a «trastornos», signos observables de tipo objetivo, predominando el diagnóstico de esquizofrenia, y dentro de la categoría de «trastornos delirantes», desaparece la paranoia como cuadro. Para el término «psicótico» reserva los siguientes fenómenos, basados esencialmente en síntomas objetivables: el término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica; la Psicosis se define como tal, en la medida en que los síntomas observables por medio de la «empiría» hacen evidente el profundo desarraigo del Yo en la evaluación de la realidad.

Los síntomas, en su más clara acepción de signos, remiten a las diferentes clasificaciones que van armando los cuadros respectivos. El término psicótico se reserva para los siguientes síntomas: las ideas delirantes, cualquier alucinación manifiesta, el lenguaje desorganizado o el comportamiento desorganizado o catatónico; de esta forma se organiza una categoría designada esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, categoría central, en donde se establece la esquizofrenia con varios subtipos y ocho categorías más, agrupadas de la siguiente manera: el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, psicótico no especificado, e inducido por sustancias.

Esta clasificación se organiza a partir de la presencia y ausencia de cada síntoma, y es en función de esa presencia que se arma el cuadro y los subtipos. Como ejemplo podemos tomar la esquizofrenia, en la cual hallamos lo siguiente: existen cinco subtipos de esquizofrenia que se irán desagregando a partir del tiempo de desarrollo y duración del cuadro; la esquizofrenia tiene un tiempo de por lo menos un mes de «fase activa» donde predominan al menos dos de algunos de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente

desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Los subtipos de esquizofrenia, se construyen a partir del tiempo de duración de la sintomatología, que si bien equivalen en sus síntomas a la esquizofrenia, como ya dijimos, la presencia de por lo menos dos de los síntomas que se enunciaron, su duración es menor y también están definidos por los síntomas que prevalecen al momento de la evaluación, por ejemplo, ausencia de deterioro funcional.

Con respecto al trastorno esquizoafectivo, si bien presenta los mismos síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, lo predominante es un trastorno afectivo que concurre con los otros síntomas, y en las dos semanas subsiguientes a su eclosión, persisten la ideación delirante o alucinaciones, pero el estado de ánimo se mantiene estable. Otro de los trastornos que se diagnostican en la muestra de nuestra investigación, corresponde al denominado trastorno delirante, que se caracteriza por presentar durante el término de un mes alguna idea delirante, sin que se hagan presentes algunos de los síntomas que concurren en la fase activa de la esquizofrenia. Lo que predomina en esta organización es el modelo clasificatorio de las enfermedades médicas, presencia o ausencia de trastornos que se irán codificando para armar los cuadros. Resulta de una simplificación maquínica del hombre, no hay sujeto, son síntomas en su presencia o ausencia, y en base a este reduccionismo, se apela a tiempo y duración de los mismos. Los diagnósticos basados en el *DSM-IV* son una colección de rasgos que permiten a un sujeto ser incluido en una clase: esta forma de trabajo es funcional a la elección de fármacos y a la brusca desaparición de la sutileza de la clínica psiquiátrica, provocando la desaparición del sujeto y la posibilidad de generar efectos clínicos brutales. Por otro lado, desaparecen categorías que formaron parte de la psiquiatría clásica: la melancolía, la paranoia, la psicosis maníaco depresiva, la neurosis histérica en favor de una sumatoria de síntomas que arman clases. Es en este sentido que las categorías de Henri Ey resultan hoy día actuales, y por antiguas, redundan en conservar la fineza y sutileza de los diagnósticos elaborados en base a teorizaciones más complejas y funcionales a lo humano.

## 4. La perspectiva psicoanalítica

### 4.1. Clínica psicoanalítica: otro paradigma.

Nos interesa introducir en este apartado el contexto de surgimiento del psicoanálisis como paradigma interpretativo, caminando tras las huellas de su creador Sigmund Freud, que como sabemos, provocó una ruptura epistémica en el conocimiento sobre la subjetividad y el pensamiento contemporáneo, y cuyas elaboraciones tienen y tuvieron muchísima influencia en las conceptualizaciones de la Psiquiatría. El propósito de este capítulo, es situar los conceptos más importantes que nos permitan arribar al tema que nos ocupa, Psicosis y toxicomanías, desde una perspectiva psicoanalítica. Debemos entonces, tratar a continuación, el articulador fundamental de la propuesta freudiana: el drama edípico y la cuestión del Padre, para concluir con la lectura realizada por Jacques Lacan y la formulación del concepto *forclusión del Nombre del Padre* como elemento nodal en su lectura sobre las Psicosis, central para definir sus aportes a una lectura del sujeto y su producción desde un novedoso aporte: la teoría del significante y los nudos. La aspiración es identificar la lógica del psicoanálisis aplicada a la lectura de los casos para abordar las hipótesis planteadas al inicio de nuestro trabajo.

Volver a Freud. Es conocido que el psicoanálisis surgió de las investigaciones clínicas de su creador, provenientes del tratamiento de enfermedades nerviosas—cómo se las denominaba a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Sus conceptos fueron construidos al calor de esa misma praxis, la praxis psicoanalítica; primeramente en la clínica que realizaban Freud y sus seguidores, y posteriormente, en la de todos sus continuadores; pero allí el psicoanálisis no se agota. La originalidad del pensamiento freudiano, sus profundos y novedosos aportes a la comprensión del sujeto humano, obligan a recorrer desde sus orígenes a la actualidad, algunos hitos en la vida y obra de su creador, seguir los pasos en su trabajo. De esta manera el psicoanálisis es una teoría que contribuye a la explicación de la subjetividad humana, sus descubrimientos no surgieron ni de la filosofía, ni de ninguna psicología de la época que derivó en este conocimiento; lo fundamental de su aportación, a pesar de todas las contribuciones posteriores, sigue siendo labor de su creador Sigmund Freud, y el contexto de su creación pertenece a una ruptura epistémica con el campo de la medicina y con la clínica de la mirada. Los conocimientos que contribuyeron a su trabajo formaban parte del saber médico de la época; su pensamiento participó de la ciencia de la época, modelos biológicos y de la física fueron en sus inicios, la base de sus

desarrollos posteriores; pero poco a poco se fue independizando de la medicina para ubicarse dentro de las ciencias del hombre, creando un territorio particular al que denominó psicoanálisis. En una de las conferencias en la University Of Clark en los EE. UU (Freud: 1909) presenta al psicoanálisis como un método de investigación de los procesos psíquicos no asequibles a la conciencia, afirmando en esta conferencia que el mismo es un método de tratamiento de las afecciones neuróticas y forma parte de un supuesto básico cuya discusión concierne al pensamiento filosófico, pero cuya justificación radica en sus propios resultados –podemos colegir que es una teoría aplicada. Que concierna al pensamiento filosófico no implica que surja del mismo, las preocupaciones de las cuales floreció el psicoanálisis fueron en un primer tiempo terapéuticas –es solo una de las diferencias que podemos asignarle con respecto a las demás corrientes de la psicología– pero sin embargo, la más importante es el descubrimiento del inconsciente. El psicoanálisis va más allá de la terapéutica, no la niega, pero implica una labor *mayéutica* de recorrido y reconocimiento del inconsciente.

Es conocido el apotegma freudiano de las ofensas al narcisismo del hombre, la primera de naturaleza cosmológica, la segunda de naturaleza biológica y la tercera de naturaleza psicológica, y es en esta en la que ubicamos la existencia del inconsciente freudiano; la existencia de un inconsciente ya estaba en épocas pretéritas en las preocupaciones del hombre, en particular en la filosofía, pero lo que denominamos «subversión del sujeto» lo articulamos al descubrimiento príncipes de Freud, el psiquismo tiene su determinación en lo inconsciente, hay un determinismo inconsciente y de allí toma su eficacia para la producción de síntomas. Tomamos la palabra de Freud:

(...) Pero la ofensa más sensible es la tercera, de naturaleza psicológica. El hombre, aunque exteriormente humillado, se siente soberano en su propia alma. En algún lugar del nódulo de su yo se ha creado un órgano inspector, que vigila sus impulsos y sus actos, inhibiéndolos y retrayéndolos implacablemente cuando no coinciden con sus aspiraciones. Su percepción interna, su conciencia, da cuenta al yo en todos los sucesos de importancia que se desarrollan en el mecanismo anímico, y la voluntad dirigida por estas informaciones ejecuta lo que el yo ordena y modifica aquello que quisiera cumplirse independientemente. Pues esta alma no es algo simple, sino más bien una jerarquía de instancias, una confusión de impulsos, que tienden, independientemente unos de otros, a su cumplimiento correlativamente a la multiplicidad de los instintos y de las relaciones con el mundo exterior. Para la función es preciso que la instancia superior reciba noticia de cuanto se prepara, y que su voluntad pueda llegar a todas partes y ejercer por doquiera su influjo. Pero el yo se siente seguro, tanto de la amplitud y de la

fidelidad de las noticias como de la transmisión de sus mandatos. (Freud, 1990:133).

Pero la voluntad del Yo no llega a todas partes, esa soberanía se encuentra contrariada por el desconocimiento y es necesaria la referencia a un espacio Otro, desde donde llega el sentido al ser. Freud elabora el concepto de inconsciente al que denominaremos el inconsciente freudiano. Si en la psicología de la época el objeto de estudio era la conciencia, este entró en una crisis de la cual no saldría; se observó que las ideas latentes podían retornar a la conciencia, pero la dificultad para este acceso demostró el dinamismo de lo psíquico, las fuerzas involucradas en juego. Hasta el momento del postulado freudiano las ideas latentes eran objeto de estudio por parte de la ciencia de la época, pero la caracterización que de ellas se proponía no coincidía con los descubrimientos de Freud además de que el estudio de los sueños era un capítulo reservado a lo que hoy podríamos denominar pseudociencias.

No coincidía en la medida en que la dinámica del psiquismo demostraba que ideas no aceptadas por la conciencia, eran objeto de la represión y retornaban en los síntomas, podemos decir que eran objeto de un rechazo. Este inconsciente se independizó de toda base biológica, ya que la eficacia de lo reprimido se asienta en una expulsión de la conciencia –fenómeno psíquico– y en ninguna localización del sistema nervioso. Si como afirmamos, la Psiquiatría avanzaba sobre el paralelismo psicofisiológico, el Psicoanálisis, de manera radical, encontraba otra vía que abrió a otro modelo. El descubrimiento freudiano postula que lo no recordado no proviene de la falta de interés de lo olvidado, todo lo contrario, tiene una gran significatividad e importancia y debe su fuerza al efecto de la represión, estas mociones inconscientes tienen otra dinámica que lo consciente y presentan caracteres propios. Es eficaz, ya que produce efectos, está reprimido, posee una insistencia psíquica, por lo que podemos deducir su existencia. Lo reprimido entonces no agota el concepto de *lo inconsciente* pero forma parte del sistema; introducimos la idea de sistema para bosquejar que estamos definiendo una cualidad inconsciente, la diferenciamos de una topología o tópica donde hay una localización –no espacial– de lo inconsciente, y una dinámica donde analizamos mociones inconscientes, preconscientes y conscientes, y nos lo representamos como un juego de fuerzas. Estas fueron primordialmente halladas en la cura, no se trata de elucubraciones, sino de lo real de la experiencia que da valor al descubrimiento freudiano<sup>1</sup>; es en este sentido que es un saber encarnado, un saber constituido en base a lo sexual. Elemento nodal, que hizo afirmar a Freud que eran fuerzas, las anímicas, con las que había que actuar como en un laboratorio manejando exposivos. Allí entonces encontramos la ligazón entre el sujeto

1 El inconsciente funcionaría como un principio heurístico.

y el inconsciente, el carozo de la experiencia, el enlace entre inconsciente y sexualidad. Se ha constituido como uso en el Psicoanálisis la afirmación de que la clínica de la histeria es la que permite la fundación del psicoanálisis, y de allí se extendió a una formulación general del psiquismo humano, a una teoría de la subjetividad que afirma que el determinismo de nuestros actos es inconsciente. Se desplazó el concepto desde la clínica a la formulación de la vida psíquica en general, de sus experiencias con la hipnosis a la investigación de cómo y cuál es el factor de los síntomas de la enfermedad.

Explicar la *clínica psicoanalítica* es en primera medida, afirmar que no hay clínica psicoanalítica sino praxis psicoanalítica, es decir, una imbricación lógica entre la teoría y la práctica analítica con el plus de que en la práctica el analista no está por fuera del cuadro, lo implica y le incumbe como sujeto.

No se trata entonces de un modelo de aplicación de una teoría, sino de un arte, más cercano a la idea de artesanía en el sentido medieval de la práctica propuesto por Lacan. Siempre se rescata la honestidad intelectual de Freud, quien nunca propuso un modelo cerrado, ya que los conceptos se fueron reformulando, permitiendo aportes novedosos en función de los obstáculos y descubrimientos que se iban integrando y los conocimientos que provenían de la propia clínica. La clínica psicoanalítica es una clínica de la interpretación, una clínica del sentido, necesita de un saber referencial, pero con respecto a la clínica de la mirada que objetiva, no encontramos ninguna homogeneidad, ya que la presencia del analista es factor de lo que allí sucede, de lo que allí se dice, podemos reiterar que es parte del cuadro. El dispositivo analítico permite la circulación de la palabra, del malestar, de lo que no funciona, al decir de Lacan, de aquello que no cesa de no inscribirse, lo Real, y esta circulación de la palabra, de los dichos en el mundo del lenguaje, permite la interpretación, no solo del lado del analista, ya que también escucha lo que dice el mismo, se escucha. Dijimos también que de inicio, lo que está es un saber, un saber producido en la clínica psicoanalítica, en su experiencia. Y esta experiencia que se realiza entre dos personas, en hechos de palabras, y que no es una experiencia inmediata, está en un marco que es la transferencia. Es una experiencia artificial, donde el saber producido se enmarca por la transferencia, no hay experiencia previa, sino que es un saber producido dentro mismo de lo que podemos llamar el encuadre analítico. Un saber producido acerca de la transferencia, en la manera que aquello que se produce implica un decir dirigido al analista y que tiene intención simbolizante. Es un saber que se construye con particularidades, por ejemplo: de la universalidad de los sueños a la singularidad del sujeto soñante, una clínica de la singularidad, de «La interpretación de los sueños» a la interpretación de los sueños de Dora. Pero enmarcado por la situación transferencial, como lo afirma en el caso Dora, Freud (1905) nos



habla de lo fundamental del valor del elemento transferencial, mediante el cual funciona la cura:

Me vi obligado a hablar de la transferencia porque sólo este factor me permitió esclarecer las particularidades del caso Dora. Lo que constituye una ventaja y lo hizo aparecer apto para una primera publicación introductoria –su particular transparencia, guarda íntima relación con su gran falla, la que llevó a la ruptura prematura. (Freud, 1987:103).

Este pequeño comentario freudiano nos muestra la honestidad intelectual de su autor en cuanto a las dificultades de esta clínica, la transferencia como motor, pero también como obstáculo, y un saber que se produce y que tiene dificultades en universalizarse. Singularidad que por el lado del analista lo confronta a su acto, el analítico, y por el lado del analizante, al síntoma.

Ya desde los inicios de sus trabajos Freud planteará la cuestión del síntoma. Concepto que fue importado de la medicina al campo del psicoanálisis donde adquirió otras connotaciones, ya que el síntoma, en este territorio, adquiere otro valor: no se trata ya de un signo que se oferta a la mirada, sino que es hablable y tiene un sentido para el sujeto. Descubrimiento, puntapié inicial, crisis del pensamiento contemporáneo que rompió con las causalidades que siguen imperando en la medicina, punto de arranque del psicoanálisis.

El síntoma entonces deja de pertenecer a una estructura compleja de signos que componen un cuadro nosográfico, pasando a dibujar una nueva arquitectura, la del inconsciente, dejando un espacio articulador fundamental para el analista que forma parte del cuadro mismo, al que se denominó *la transferencia*. Es entonces que el síntoma analítico se constituirá vía la transferencia, es decir, en la medida que se ofrece a un Otro que lo escuchará.

Freud en 1893 escribe acerca de separar el síntoma psíquico del síntoma orgánico: «(...) todo suceso, toda impresión psíquica, se hayan provistos de un cierto valor afectivo, del cual se libertó al yo, bien por medio de una reacción motriz, bien mediante una labor psíquica asociativa» (Freud, 1991a: 209) valor afectivo del síntoma que guarda estrecha relación con fenómenos que denominó, en ese momento de su desarrollo teórico, inconscientes, que escapaban al yo consciente. Este apartamiento de la conceptualización positivista aportó una lógica más cercana a la lingüística que a los fenómenos de las ciencias naturales; toda la «psicopatología de la vida cotidiana», «El chiste y su relación con el inconsciente», «La interpretación de los sueños» nos habla de esto, el inconsciente está compaginado no solo como un rebus, sino también su estructura es comola de un lenguaje y su realidad sexual.

De esta manera el síntoma se construye como sentido a develar, como enigma para el portador, autodiagnosticado en la medida de la producción

de un significado para sí y no menos molesto y desconcertante, pero que implica al analista en su develamiento. Después de Freud la causalidad psíquica adquiere otro ordenamiento, un pasado que siempre mira al futuro, pasado traumático, donde se ubica la escena originaria en la que el sujeto padece de una incapacidad para tramitar una vivencia; cargada de afecto hiperintenso, esta vivencia tiene las características de una vivencia sexual. Entonces el síntoma aparece a la conciencia como un elemento perturbador, discontinuo, cumplimiento de un deseo inconsciente que se verá interceptado, momento a partir del cual entra en contradicción con la conciencia, inaugurando una formación inconsciente. Hablar del síntoma analítico es referirse a las producciones del inconsciente, es decir, a las «formaciones del inconsciente», los síntomas psíquicos propiamente dichos, los sueños, los lapsus, equívocos del lenguaje y los actos fallidos. Finalmente podemos afirmar que la clínica psicoanalítica desarrollada por Freud es una clínica de la interpretación, una clínica de la escucha que se organiza alrededor de sus conceptos fundamentales, teniendo al tema del padre como elemento central en su conceptualización del Complejo de Edipo. Resumiendo su desarrollo, el psicoanálisis viró de una primera teoría del trauma a la fantasía, teniendo siempre como eje central de su elaboración, el papel fundamental del Complejo de Edipo articulado al complejo de castración como nodo central de su teoría y de su clínica.

#### **4.2. Clínica freudiana: una clínica del Padre.**

Podemos afirmar sin equívocos que la clínica freudiana es una clínica del Padre como organizador de la subjetividad. En su descubrimiento de la sexualidad infantil, Freud había encontrado de entrada la estructura del complejo de Edipo como drama central del psicoanálisis. Esto le permitió enunciar que el complejo de Edipo es un fenómeno central del período sexual de la primera infancia, complejo nuclear, fundamento siempre presente en la práctica clínica y elemento central de la clínica freudiana. Los historiales freudianos nos hablan del padre, el padre de Dora, el de Schreber, el padre de Juanito, el padre como figura en diferentes versiones, pero con una característica fundamental, el padre, en la subjetividad, es una función. El mito del Padre es colocado por Freud en el centro de su doctrina, en el epílogo de «Tótem y Tabú» dice:

Así, para concluir esta indagación que hemos realizado en apretadísima síntesis, querría enunciar este resultado: que en el complejo de Edipo se conjugan los comienzos de religión, eticidad, sociedad y arte, y ello en plena armonía con la comprobación del psicoanálisis de que este complejo constituye el núcleo de todas las neurosis, hasta donde hoy ha podido penetrarlas

nuestro entendimiento. Se me aparece como una gran sorpresa que también estos problemas de la vida anímica de los pueblos consientan una resolución a partir de un único punto concreto como es el de la relación con el padre. (Freud, 1986:158).

En el complejo paterno Freud encuentra no solo el fundamento de lo mórbido, sino también el fundamento de la cultura, poniendo como punto de partida de la cultura, un mito, el del padre primordial, anterior al establecimiento de toda Ley.

Ahora bien, en el Edipo encontramos estos sentimientos que se organizan en torno a la Ley y a la prohibición del incesto, en esta ligazón de amor y de odio del niño con el padre del sexo opuesto, la elección de la madre como objeto y en el centro, dándole movimiento al drama, el falo. Podemos afirmar que es un ordenamiento simbólico que está instituido para toda la cultura de la que nadie podrá sustraerse. La función del padre es una función de corte, una doble prohibición: no yacerás con tu madre y a la madre, no reintegrarás tu producto; es ésta la estructura de la castración, una función de interdicción, la función del padre es la de ser agente de la castración. En la partida del sujeto hay una mujer produciendo e introduciendo estas equivalencias simbólicas, el Edipo está construido con partes del Edipo del padre y del Edipo de la madre, es así que Freud habla de tres generaciones para arribar a lo patológico, a lo anómalo. El deseo primero de una mujer es deseo de falo, todo niño se ubicará en ese primer momento como falo de la madre, unidad originaria madre-niño donde secolmarán dos deseos, el del niño y el de la madre; a todo esto viene la función, a ponerle un límite al goce del Otro. De esta célula narcisística que por otra parte implica siempre un tercer elemento, donde madre y niño se satisfacen, de esta soldadura se sale por la vía de la castración, aquí interviene el padre como agente en esta función de corte, simbólicamente, y la misma posee la característica de destrucción, posee la fuerza para el sepultamiento, Freud afirma:

Con acierto se ha señalado que el niño adquiere la representación de un daño narcisista por pérdida corporal ya a raíz de la pérdida del pecho materno luego de mamar, de la cotidiana deposición de las heces, y aún de la separación del vientre de la madre al nacer. Empero, sólo cabe hablar de un complejo de castración cuando esa representación de una pérdida se ha enlazado con los genitales masculinos. (Freud, 1986a: 183).

En cuanto a este lugar de la castración y en palabras de Massotta (1976) coincidimos en que es en un mal lugar, porque precisamente es en el lugar desde el que se tiene que separar, el lugar donde adquirió ciertas propiedades, la libido con la cual catectizará los objetos porvenir, por lo tanto la

operación no es absoluta y tiene un resto. A dicha operación simbólica la podemos denominar en un espacio topológico como una especie de sutura lógica simultánea denominada *unión-desunión*.

En consonancia con lo señalado anteriormente, se sostiene que el sujeto debe expulsarse de su posición fálica, pero tiene que conservar lo adquirido, lo que sume al sujeto desde un inicio en una posición sumamente conflictiva, si se opta por la vida sin más, se queda sin sus adquisiciones para vivir, y por otra parte, si resigna su libertad, quedaría a merced de la madre: en Juanito, en la angustia de ser mordido por el caballo, aparece el fantasma de la madre devoradora. De esta manera podemos afirmar que la castración es en la madre, para ello el sujeto deberá salirse de esa célula inicial por la función del padre, se reactualiza en el descubrimiento de la diferencia de los sexos, sin olvidar que pese a ciertos determinantes empíricos que utiliza Freud, el mirar, el escuchar, es situado en función misma de las fantasías primordiales<sup>2</sup>, si bien el destete y las pérdidas de excrementos son reales, en cuanto a la castración, no es una acción real sino imaginaria que amenaza el narcisismo del sujeto.

Las consecuencias psíquicas de las diferencias de los sexos serán, en su articulación con el complejo de castración, para el varón, conservar su órgano sexual debido al valor narcisista, ya que su posición frente a esta amenaza sería la de abandonar sus objetos parentales, por fundamento de la amenaza o como premisa frente al amor al padre. Para la niña, el *penis neid* la pone frente a una decisión, abandonar su ligazón con la madre y dirigirse al padre en la espera de tener un hijo de él, esta operación fundamental afectaría al sujeto con el poder de sus propiedades: inhibitor y limitador de la masculinidad, promueve la femineidad y encuentra su distinción entre una amenaza y una consumación. Al varón lo fuerza al abandono del complejo y a la mujer la introduce, encontramos aquí una disimetría fundamental.

Entonces, se puede concluir que la castración es la operación fundamental por la cual se constituyen estas variaciones, lo que le da un modo propio a la estructura, variantes llamadas: represión (para la neurosis), renegación (para la perversión) y desmentida (para la psicosis). Estas conceptualizaciones freudianas son nodales para entender los conceptos de toxicomanía y psicosis que se están abordando con exhaustividad en este trabajo.

---

2 Estas fantasías son propuestas e investigadas por Freud en *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (1925), Vol. XIX. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.

### 4.3. Toxicomanías: un placer autoerótico.

Ya en los inicios del psicoanálisis hay huellas que nos permiten pensar a Freud en relación al estudio de las toxicomanías, ya que, si bien no dedicó su trabajo al tema de las adicciones en particular, tempranamente aparecen en su obra citas relativas al consumo de sustancias; al respecto, en «Über Coca» considera su efecto: «(...)el estado de humor inducido por la coca en tales dosificaciones no se debe tanto al estímulo directo como a la desaparición de los elementos que causan la depresión.» (Freud, 1884). La originalidad del planteo, más allá del entusiasmo freudiano alrededor del uso de la cocaína como remedio para variadas afecciones, reside en el interés por su efecto psicológico, por la promoción de una «cancelación tóxica» del dolor. No solo son las propiedades reales de la sustancia sino la importancia de los efectos subjetivos en el trato del dolor físico y psíquico. Encontraremos allí la propuesta de su uso en la neurastenia, histeria, melancolía y como sustituto de otras sustancias adictivas.

A propósito del concepto de *adicción*, en la *Carta 79* a Fliess, Freud considera la masturbación como el modelo de todas las adicciones, al que denomina *adicción primordial*, destacando que otras toxicomanías tendrían el mismo modelo surgido en la infancia como relictos que serían los «*sustitutos y relevos de aquella*» (Freud, 1991e:314). Encuentra el papel de la masturbación en particular en la histeria ya que considera esta adicción como uno de los mayores obstáculos al tratamiento analítico, y ensayando la pregunta acerca de la posible mudanza por obra de la cura analítica, de una histeria, en neurastenia. En la masturbación infantil se realiza una acción directa sobre la zona erógena, sin participación de la fantasía, podemos afirmar así que la excitación surgida directamente en la zona se cancela con una acción específica.

En *Contribuciones al Simposio sobre la masturbación* afirma que:

Respecto a la cuestión de las relaciones de la masturbación y las poluciones con la etiología de la denominada neurastenia, me encuentro, como muchos de ustedes, en oposición a Stekel, sustentando aún contra éste mis anteriores opiniones, con una limitación que señalaré más adelante. No veo motivo alguno que pudiera inducirnos a abandonar la diferenciación de las neurosis actuales frente a las psiconeurosis, y sólo puedo calificar de tóxica la génesis de los síntomas en las primeras. A mi juicio, el colega Stekel en este caso realmente amplía demasiado la psicogénesis. Sigo concibiendo este asunto tal como lo comprendí hace ahora más de quince años: las dos neurosis actuales –la neurastenia y la neurosis de angustia (quizá haya que agregarle la hipocondría propiamente dicha como tercera neurosis actual)– constituyen la facilitación somática de las psiconeurosis, suministran el material excitativo que luego será seleccionado y revestido psíquicamente,

de modo que, en términos generales, el núcleo del síntoma psiconeurótico –el grano de arena en el centro de la perla– está formado por una manifestación sexual somática. Todo esto es, sin duda, más evidente en la neurosis de angustia y en su relación con la histeria que en la neurastenia, sobre la cual no se han emprendido todavía minuciosas investigaciones psicoanalíticas. Como todos hemos podido comprobarlo a menudo, en las neurosis de angustia se trata, en el fondo, de una partícula de la excitación del coito no derivada, que se manifiesta como síntoma ansioso o que establece el núcleo de una formación sintomática histérica. (Freud, 1988a: 257).

Se puede derivar de lo antes señalado, sin lugar a dudas, que los síntomas en las neurosis actuales son de origen tóxico; la energía psíquica no es derivada por las vías de facilitación y el psiquismo se intoxica. Es entonces que la libido no tramitada, estancada, deviene en elemento para la constitución del síntoma, el punto Real del síntoma, alrededor del cual se constituirá la neurosis. Las neurosis actuales se valen del modelo de la intoxicación así como el paradigma médico lo utiliza como modelo de otras patologías. Acompañando la letra freudiana y muy cercanos a la escritura del «*Proyecto de Psicología para neurólogos*» (1895), Freud comienza a delinear la primer nosología freudiana en la que distingue, por un lado, las neuropsicosis de defensa, y por el otro, las neurosis actuales. Las neuropsicosis de defensa permiten el establecimiento de la novedad freudiana de la defensa contra el trauma que escinde la conciencia, y su retorno es promotor de sufrimiento para el sujeto. En las neurosis actuales se establece como fuente de angustia la sexualidad, separándola del origen representacional que orbita más cerca de las neuropsicosis. Define de manera más precisa otro grupo de síntomas que no pertenecen a la clasificación de la neurastenia descrita por Beard: «presión intracraneal, irritación espinal y dispepsia con flatulencia y constipación». Freud adjudica la neurastenia a perturbaciones de otra índole, debemos recordar que en ésta época la relación con Fliess está en sus mejores momentos y él representa para Freud un interlocutor más que válido respecto de sus nuevos conocimientos y aportes. Por su lado el pensamiento de Freud estaba más permeable para aceptar algunas ideas de corte fisiologista, que impregnaron sus progresos en la elaboración de la doctrina psicoanalítica en función de su transferencia con Fliess. Es en esta época cuando Fliess postula la neurosis nasal refleja como etiología de un complejo formado por síntomas diversos, cefaleas, neuralgias y algunos trastornos funcionales de diversos aparatos, digestivo, corazón y respiratorio, que influencia a Freud en sus trabajos.

Además, se hará posible separar –siguiendo la propuesta de Moebius– algunos estados nerviosos de los degenerados hereditarios, y se encontrarán

razones para adscribir más bien a la melancolía algunas neurosis de naturaleza intermitente o periódica, a las que hoy se da el nombre de neurastenia. Pero el paso decisivo consiste en separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas que a continuación describiremos y que llena muy cumplidamente las condiciones antes detalladas. Los síntomas de este complejo se muestran clínicamente mucho más próximos unos a otros que a los neurasténicos (esto es, aparecen con frecuencia juntos y se representan unos a otros en el curso de la enfermedad), y tanto la etiología como el mecanismo de la neurosis a la que corresponden son fundamentalmente distintos de los propios de la neurastenia auténtica, tal y como esta queda después de efectuar la iniciada separación. Damos a este complejo de síntomas el nombre de «neurosis de angustia» por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. (Freud, 1991b: 216).

Entonces, aspira a poder separar otra categoría acorde a la angustia como concepto central, otro complejo de síntomas. La angustia como factor prioritario en ciertas neurosis permite separar la neurosis de angustia de la neurastenia propiamente dicha; ésta es promovida exclusivamente por fuentes sexuales, concibiendo la posibilidad de representar una analogía entre la toxicomanía y la neurosis, y que se continúa en el vínculo entre masturbación como «adicción primordial» y las neurosis actuales. El factor productor de síntomas es de exclusivo origen físico –la angustia– y se asemeja a una intoxicación en la que la angustia es libido transformada, la acumulación de libido en el cuerpo la transforma en un elemento tóxico, en consecuencia, para Freud la neurosis de angustia es un estado eminentemente tóxico.

Se confirma lo afirmado acerca de la similitud entre *toxicomanía* y *neurosis* a continuación, en otro texto de la época; examinando este párrafo podremos ver que relevando *adicto* por *masturbador*, la lógica subsiste, en las adicciones como en la neurosis, la abstinencia es del orden de una satisfacción sexual, por un recorrido directo o como camino sucedáneo:

La deshabitación del onanismo es una de las nuevas labores que el reconocimiento de la etiología sexual plantea al médico, y sólo puede llevarse a cabo, como todas las demás curas de este género, en un establecimiento médico y bajo la continua vigilancia del terapeuta. Abandonado a sí mismo, el masturbador recurre a la cómoda satisfacción habitual siempre que experimenta alguna contrariedad. El tratamiento médico no puede proponerse aquí otro fin que conducir de nuevo al neurasténico, tonificando por una adecuada terapia auxiliar, a la actividad sexual normal, pues la necesidad sexual, despertada una vez y satisfecha durante un largo período, no se

deja ya acallar, y sí únicamente derivar por otro camino. Esta observación puede aplicarse también a las demás curas de abstinencia, cuyos resultados positivos seguirán siendo aparentes y efímeros mientras el médico se limite a quitar al enfermo el medio narcótico, sin preocuparse de la fuente de la que surge la necesidad imperativa del mismo. El «hábito» no es sino una mera locución, sin valor aclaratorio alguno. No todos los individuos que han tenido ocasión de tomar durante algún tiempo morfina, cocaína, etc., contraen la toxicomanía correspondiente. Una minuciosa investigación nos revela generalmente que estos narcóticos se hallan destinados a compensar –directa o indirectamente– la falta de goces sexuales, y en aquellos casos en los que no es ya posible restablecer una vida sexual normal puede esperarse con seguridad una recaída. (Freud, 1991f:118)

Es éste un claro ejemplo de la abstinencia en la medida en que es aplicable para cualquier adicción; abierto el camino de la satisfacción, ya no se deja acallar, sino solamente abriendo una vía que provoque una satisfacción sustitutiva a la pulsión. La subjetividad es un aparato que funciona con recompensas, la ausencia de goces debe ser sustituida con algo, en este caso la sustancia funcionaría como sustituto de aquello que falta, pero lo perentorio a aclarar es que no es la sustancia la que por obra de sus propiedades instilaría una adicción; solo en aquellos en que hay ausencia de una «vida sexual normal» la toxicomanía es una práctica, entonces, sexual solitaria. Si la neurosis de angustia es una intoxicación por incremento de la libido, la neurastenia es una pérdida de energía, donde la libido que se reconduce por otras vías, se vuelve potencialmente tóxica. Los dos movimientos –incremento y descarga– son soluciones desde la tónica económica y suponen la configuración de un más y un menos de tensión sexual que no es elaborable por el psiquismo y es descargada en el propio cuerpo provocando una intoxicación. Si avanzamos un poco más podemos recuperar que en la masturbación falla el soporte de la representación de objeto que permitiría el resultado satisfactorio para el aparato psíquico: la descarga satisfactoria. Hay una catexis libidinal del propio cuerpo que no consigue la deriva pulsional y sí un incremento de la tensión sexual displacentera. Pareciese que hay situaciones que no se pueden tolerar en el sistema de representaciones –significantes– y que aumento y descarga de tensión formarían un movimiento de tipo pendular, reiterativo y en consecuencia repetitivo. El recorrido iría del sistema de representaciones, a la intoxicación como manera de salir del circuito del dolor. Es decir, que no se trata solamente de las propiedades de las sustancias en un paradigma causa-efecto, sino que el aparato psíquico pone en juego representaciones que pueden tramitar el dolor. Freud afirmará que la adicción no es una propiedad de la sustancia sino del sujeto que las manipula:



Me parece digno de destacar –y esto lo descubrí en mí mismo y en otros observadores capaces de juzgar tales aspectos– que ni una primera dosis ni una serie repetida de dosis de coca producen un deseo incontenible de volver a utilizar el estimulante; por el contrario, lo que se siente es cierta aversión inmotivada contra la sustancia. Esta circunstancia quizás sea en parte responsable del hecho de que la coca no sea utilizada ya desde hace tiempo en Europa como estimulante, a pesar de las efusivas recomendaciones que se han hecho en este sentido. (Freud, 1884).

En «El malestar en la cultura» (1930) aparecen nuevamente las sustancias como sucedáneos de cierto «quimismo humano» destinado a la cancelación del dolor, la vida trae innumerables contrariedades para el sujeto humano, de tres fuentes de sufrimiento, la naturaleza (lo Real), las leyes que regulan la vida entre los hombres (lo Simbólico) y las relaciones entre los seres humanos (lo Imaginario), son fuente de sufrimiento y de goce, al respecto Freud señala:

La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. («Eso no anda sin construcciones auxiliares», nos ha dicho Theodor Fontane.) Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas. Algo de este tipo es indispensable. (Freud, 1986e:75).

Con estas ideas volvemos a la significativa noción mediante la cual se ratifica que el aparato psíquico funciona bajo el reinado del principio del placer, solo satisfacciones sustitutivas permitirán la mitigación del dolor; y entre las poderosas distracciones, las sustituciones y los paliativos, encontramos las sustancias psicoactivas que aportan bienestar. Dice al respecto:

Las satisfacciones sustitutivas, como las que ofrece el arte, son ilusiones respecto de la realidad, mas no por ello menos efectivas psíquicamente, merced al papel que la fantasía se ha conquistado en la vida anímica. Las sustancias embriagadoras influyen sobre nuestro cuerpo, alteran su quimismo. No es sencillo indicar el puesto de la religión dentro de esta serie. Tendremos que proseguir nuestra busca. (Freud, 1986e:75).

Para las amenazas a la dicha tenemos *los «quitapenas»*, método al que Freud considera eficaz, agregaría acción eficaz contra el sufrimiento, lo real de la sustancia que ingresa al cuerpo y produce efectos benéficos de mitigamiento de aquello que se vivencia como amenazante. Entonces,

frente a lo que amenaza al sujeto, surgen estos quitapenas, estos métodos por los cuales nos protegen del dolor, de la angustia, su acción es eficaz cuando la insatisfacción se incrementa debido al fracaso de la represión, y la energía invade el organismo. El tóxico opera entonces como dispositivo de defensa del aparato psíquico, para cancelar estas excitaciones que pone en movimiento la pulsión. En el «Manuscrito G» (Freud, 1991c) compara el dolor, no como un desequilibrio entre la dualidad placer-displacer, como aumento de tensión en el aparato, sino con una especie de hemorragia, efecto de un agujero en el aparato psíquico. Frente a esto, surge el poder de las sustancias, del *pharmakón*, porque no es solo el tóxico y la reacción de un organismo, sino una compleja operación de cancelación del dolor que opera en el psiquismo y que responde a esa función indecible del mismo: lo que envenena y lo que cura a la vez. Démosle entonces la palabra a Freud para que con su pensamiento muestre las consecuencias que son posibles de afirmar aquí:

(...) Empero, los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo. El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo, es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador. Además, nuestra vida anímica normal presenta oscilaciones que van de una mayor a una menor dificultad en el desprendimiento de placer, paralelamente a las cuales sobreviene una receptividad reducida o aumentada para el displacer. Es muy de lamentar que este aspecto tóxico de los procesos anímicos haya escapado hasta ahora a la investigación científica. Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande, que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente

anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino. En ciertas circunstancias, son culpables de la inútil dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos. (Freud, 1986e:78).

Resituando la cuestión, si bien el modelo de la intoxicación le sirve a Freud para construir un analogón del autoerotismo, aprecia y colige que los efectos del tóxico promueven la cancelación de dolor, otorgándole cierta eficacia para su tratamiento, es un tratamiento artesanal del dolor en base a sustancias. No sólo es el adicto que apela a las sustancias para sustraerse del malestar que el sujeto vive en la existencia, todos los sujetos encuentran en las sustancias, el aliciente de transformarse en un quitapenas que permita tramitar el dolor de existir.

#### **4.4. Psicosis: desestimación de la castración.**

Avanzaremos un paso más para poder resituar los puntos en los que se orienta Freud para su formulación acerca de la Psicosis dentro del marco de reflexión del psicoanálisis. Sus precauciones en el campo de la técnica respecto de la imposibilidad de tratamiento en las Psicosis no impidieron que la abordara en su lectura pormenorizada y lúcida del caso Schreber, que como sabemos es un caso basado en sus memorias.

Por la lectura de su correspondencia con Abraham (Freud-Abraham, 2005) sabemos que también aceptó en tratamiento a sujetos psicóticos, aunque su posición pública siempre fue de un sano escepticismo y en favor de reservar el poder de la cura analítica para las neurosis, a fin de no proporcionar argumentos negativos que descalificaran el psicoanálisis. En virtud de esto y del recorrido de sus textos, debemos admitir que para Freud el territorio de la psicosis en el psicoanálisis está delimitado por la paranoia. Polemiza con Bleuler no aceptando las caracterizaciones que definen la entidad de la esquizofrenia como cuadro para especificar la psicosis, ya que su interés estuvo del lado de la paranoia. La estructura, es la demencia paranoide.

Ya desde *Las neuropsicosis de defensa* centró su interés teórico en la paranoia, para poder encontrar los mecanismos específicos que permitieran deslindar el modo de formación de síntomas específicos. En el plano de la praxis, solo pudieron ser asequibles a su clínica pocos casos. Su penetrante acercamiento

se realizó a través del estudio de los escritos— por lo que no podemos hablar de un análisis en sentido estricto— del doctor en Derecho Daniel Paul Schreber, miembro de la corte de Dresde e hijo de una familia que dejó rastros en la cultura y la pedagogía europea de la época. Schreber tomó la palabra en un manuscrito que fue publicado como *Memorias de un neurópata: Legado de un enfermo de los nervios*. (Schreber, 1978), escrito del cual abrevaron generaciones enteras de psicoanalistas para seguir construyendo una lectura de la psicosis. En la introducción a sus memorias, Shreber afirma que:

No se me ocultan los inconvenientes que parecen oponerse a la publicación de mi libro. El mayor de ellos estriba en la consideración debida a personas que viven todavía. Mas, por otro lado, creo muy conveniente para la ciencia y para el conocimiento de ciertas verdades religiosas hacer posible aún durante mi vida la observación de mi cuerpo y de mis destinos por personas peritas. Ante esta reflexión se desvanecen todas las consideraciones personales. (Schreber, 1978:11)

A diferencia del tratamiento de las neurosis, en este caso, Freud toma el texto de Schreber como objeto de análisis y realiza un minucioso estudio de estos escritos. Es allí que encuentra un mecanismo específico para las psicosis, interpretando el delirio, sus características, las fuentes y su evolución.

Sin adentrarnos en la lectura profunda que hace Freud del texto, tal vez un despliegue excesivo para esta investigación, consideraremos que el primer acceso de hipocondría de Schreber fue curado por el Dr. Fleschig, a quien quedaron agradecidos Schreber y su mujer por el pronto restablecimiento; es a posteriori que un pensamiento concebido en el despertar surca la mente de Schreber, una pregunta acerca del goce sexual femenino en el coito, esto alienta y proporciona los elementos para la idea de la transformación en mujer vía la eviración. Dirá Freud:

Averiguamos, en efecto, que la transformación en mujer fue el delirio primario, siendo juzgada en un principio como una persecución y un grave daño, y que sólo de un modo secundario quedó enlazada con la misión redentora. Vemos también, indudablemente, que al principio había de tener lugar para un fin sexual y no al servicio de elevados propósitos. Nos hallamos, pues, ante una manía persecutoria sexual transformada ulteriormente en una manía religiosa de grandezas. El perseguidor era primero el médico del sujeto, el doctor Flechsig, sustituido luego por el mismo Dios. (Freud, 1988:60).

La psicosis freudiana no estará por fuera de la conceptualización establecida por la teoría psicoanalítica, es causada en la sexualidad del sujeto, es el elemento signifiante y será propicio a la interpretación psicoanalítica:

Tan sorprendente sexualización de la bienaventuranza celestial nos produce la impresión de que el concepto schreberiano de la bienaventuranza ha nacido con la condensación de las dos significaciones capitales de la palabra alemana *selig* (difunto y sensualmente dichoso) y nos procura, además, la ocasión de someter a una prueba la relación de nuestro paciente con el erotismo general y con las cuestiones del goce sexual, pues nosotros, los psicoanalíticos sustentamos hasta ahora la opinión de que las raíces de toda enfermedad nerviosa y psíquica se hallan predominantemente en la vida sexual, opinión a la que hemos llegado unos por experiencia empírica y otros, además, por especulaciones teóricas. (Freud, 1988:61).

El conflicto que subyace a la estructuración paranoica, es para Freud emanado del complejo paterno, la fuerza impulsora es la libido homosexual que dirigida al objeto, en este caso a un sustituto, el médico, crea las condiciones para que se elabore esta defensa: el delirio paranoico, «Yo (un hombre) le amo (a un hombre)», «No le amo; le odio; le odio, me persigue» Esto intolerable al yo, constituye el empuje a la defensa. El estancamiento de la libido en el estado narcisista, la tendencia regresiva son los efectores de estos mecanismos delirantes, fruto de la proyección. Rectifica posteriormente la idea de la proyección como mecanismo de formación de síntomas, ya que la proyección colabora en el establecimiento del lazo libidinal, antes retirado por la regresión de la libido al yo, lo reprimido toma entonces otro estatuto, lo abolido en el interior retornará desde el exterior, dándole otra perspectiva a los síntomas de las psicosis. Entonces afirma que:

El que sí se hace advertir ruidosamente es el proceso de curación, que anula la represión y conduce de nuevo la libido a las personas de las que antes fue retirada. Este proceso curativo sigue en la paranoia el camino de la proyección. No era, por tanto, exacto decir que la sensación interiormente reprimida es proyectada al exterior, pues ahora vemos más bien que lo interiormente reprimido retorna desde el exterior. (Freud, 1988:65).

Algunos años más tarde Freud elabora en el texto de la denegación, que lo que acontece en las psicosis, se trata de un rechazo más terminante en el cual, lo abolido, retorna desde lo real. En «*La negación*» (Die *verneinung*) (Freud, 1986d: 249), describe este movimiento que deja huella en el aparato, marca inaugural del encuentro entre lo real y lo simbólico; es una experiencia que anuda dos registros de lectura de la experiencia humana y que marcan el destino del sujeto hablante. Es un momento mítico, donde esta afirmación primordial, escribe con sus movimientos, las primeras letras de la estructura, del Uno, a partir del que se contarán las marcas de la existencia. El fracaso de esta afirmación dará paso a lo mórbido.

La denegación, según Freud, proceso del lenguaje, separa la función intelectual del proceso afectivo mismo, ya que con su marca permite en una vuelta, el levantamiento de la represión y la aceptación por ende de lo reprimido. Afirmación que en su dialéctica nos presenta el origen del sujeto, del sujeto deseante, del sujeto que en la misma operación se divide expulsando a la cosa. Este encuentro con un real que no es el real de la ciencia, ya que éste real es un real sexual, un real surgido no de las altas aspiraciones ni de las esencias, sino hablado con un lenguaje surgido de las entrañas, de las pulsiones; nos permite ubicarlo así, dentro de la estructura de la lengua, ubicar este encuentro fundante donde se inscribe esta experiencia, no de un real sometido a la ideología de la ciencia, sino a lo simbólico como humanizante.

Freud sitúa la *verneinung* como origen psicológico de la inteligencia, ya que afirma o niega contenidos del pensamiento; esta operación no puede situarse en *lalengua* sin la aceptación de lo reprimido primordialmente, y permaneciendo en su estructura lo esencial de la represión.

El *no*, es la huella por la que seguimos en la clínica el rastro del proceso represivo en la neurosis, y en la psicosis su insistencia en el negativismo, es que intenta afirmar algo que en ese momento fundacional, fue fallido, aquello abolido en lo interior retorna desde lo exterior como Real, retorna como alucinaciones, como fenómenos elementales. Se hipotetiza que en un tempo lógico inicial del sujeto, donde por medio de la expulsión se afirma lo real dejando su marca, se expulsa al sujeto, *behajung* y *afthousung* de la experiencia primordial donde se separa lo real de lo simbólico. En el lenguaje oral, el lenguaje primitivo pulsional, el afirmar y el negar es expresado como lo bueno y lo malo. Es una división dicotómica donde el sujeto desarrolla su yo, desde el yo puro placer al yo realidad definitivo, podría imaginarse como si se dijese lo siguiente: «introyectaré todo lo bueno y arrojaré de mí todo lo malo», lenguaje del yo placer originario por el cual se atribuye una propiedad a una cosa del mundo, son decisiones que toma el sujeto, dialéctica con lo que es fuera del mundo, in-mundo: lo real.

Esta afirmación constituye la génesis del juicio, ya que es un juicio de atribución y también de existencia; para la filosofía no es solamente una proposición aunque se componga de sus mismos elementos: uno es el sujeto que como es un concepto puede llamarse concepto-sujeto, otro elemento es el predicado que predica acerca del sujeto y por último la cópula, que afirma (es) o niega (no es) el predicado del sujeto, a pesar de las diferentes concepciones acerca del juicio que variarán a partir de la diferencia del pensamiento entre quienes la postulen, se puede coincidir que un juicio es el contenido mental del acto mental de juzgar.

Para Freud, el juicio, es una decisión que implicará una consecuencia. Así, dicha función le atribuye una propiedad a una cosa del mundo o la niega en su existencia, su existencia que será de representación, juicio de

atribución y juicio de realidad que es instaurado bajo la égida del principio del placer y el principio de realidad, en un movimiento que vuelve a encontrar el objeto en el circuito con el Otro.

El objeto es reencontrado, ya que el primer encuentro fue puramente alucinatorio, este reencuentro, expulsa al sujeto y funda la oposición entre objetivo y subjetivo, oposiciones diferenciadas y cualificadas.

La realidad está armada desde este reencuentro, el sujeto expulsado ve nacer así el *das-ding*, causa misma de su deseo, como causa perdida y tras la cual orientará las futuras experiencias; en el «Proyecto de una psicología para neurólogos» (1991d), Freud dice que este yo originario y primitivo, envía hacia el sistema percepción-conciencia sus investiduras libidinales para luego retirarse, así funciona la percepción, pantalla de protección de los estímulos donde siempre en ese polo algo se pierde, luego, la construcción de la realidad permitirá al yo la función del juzgar: el juzgar es el posterior desarrollo de la inclusión dentro del yo o la expulsión de él. En este primer juicio se conjeturan los destinos de la estructura.

En «*La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis*» (Freud, 1986b:189) volvemos a ver cómo este concepto es abordado como mecanismo más propicio de la psicosis que de una represión. Declarando insuficiente la pérdida de la realidad como factor excluyente y sintomático que permitiría la diferenciación entre neurosis y psicosis, el conflicto es un profundo rechazo de la realidad intolerable, que arranca al yo de la realidad recreando otra realidad tolerable:

El segundo avance de la psicosis tiende también a compensar la pérdida de realidad, pero no a costa de una limitación del yo, como en la neurosis a costa de la relación con la realidad, sino por otro camino mucho más independiente; esto es, mediante la creación de una nueva realidad exenta de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía. (Freud, 1986b:194).

La psicosis realizaría un trabajo de sustitución de la realidad, un trabajo de reconstrucción que aparece en el delirio, que es una reconducción de la libido al mundo de los objetos. Es un conflicto entre el Yo y la realidad, que dejaría como la segunda tónica lo expresa, una vuelta del yo hacia el ello, es una explicación que nunca fue enteramente satisfactoria para el propio Freud, quien insistió en reconsiderar la renegación de la castración como fundamento de la psicosis.

#### 4.5. Clínica Lacaniana: Una clínica más allá del padre.

Actualizar cómo se conceptualizan los dos términos, Psicosis y toxicomanías, desde la lectura psicoanalítica, implica el abordaje del pensamiento de Jacques Lacan, como seguidor en su propuesta de un retorno a Freud. A partir de esto, introduciré unas breves referencias a la lógica con la cual encara con sus reflexiones la cuestión de la existencia del hombre, y cómo expresó las adiciones en una breve frase que presenta alguna diferencia con respecto a la posición de Freud, la que habría que situar y aclarar. La lectura de Freud por Jacques Lacan provoca un giro epistémico y un cisma institucional en el campo del psicoanálisis internacional. Sin la intención de un desarrollo exhaustivo del pensamiento de Lacan, debido a los diferentes períodos de su teorización, signada por nuevos giros y reformulaciones, podríamos denominarla de la primera clínica del significante a la clínica de Lo Real, describiré los puntos más sobresalientes de su teoría y los desarrollos que acuerden con mi investigación.

Marcada por el retorno a Freud y en un momento en que el Psicoanálisis languidecía en lo que se denominó la ortopedia del Yo, es decir, una práctica signada por el refuerzo adaptativo del Yo, propuesta por la corriente nacida en los EEUU, Lacan le opone un retorno a las ideas acuñadas por Freud, renovando de este modo la clínica analítica en torno a un objeto paradójal, extraño, excepcional que es el objeto «a». De este objeto, Lacan dirá que es en verdad, su única creación en el psicoanálisis, y que le permite articular los tres registros de la realidad, Real, Simbólico e Imaginario. La clínica lacaniana, lo mismo que la freudiana, responde a los diferentes cambios que se producen en la búsqueda de una teorización del psicoanálisis y que tienen consecuencias en la práctica clínica. En el «*Seminario de La Transferencia*» (1960-61), está articulado al término *ágalma*, palabra griega que significa ornamento, objeto precioso oculto, así el *objeto a* sería un objeto buscado en el otro que funciona como causa de deseo. En consecuencia no es objeto hacia el cual tiende el deseo, sino que lo ubica como condición del deseo; el analista tenderá a ubicarse en esta posición de causa. El *objeto a* es definido también como resto, excedente de la operación de la introducción de lo simbólico en lo Real, es lo que queda de esta operación de significación del mundo, un sentido excedente, un goce excedente. La concepción de la clínica en Lacan establece que el analista debe situarse entonces como semblante de *objeto a*, como causa del deseo del analizante; lo que conlleva como consecuencia una clínica más allá del Edipo.

No se trata de que esta clínica desconsidere el Complejo de Edipo, pero para Lacan la ley que funda el deseo no es el Edipo freudiano. Podemos afirmar que se organizará en torno a la falta de objeto para el deseo, una teoría de un deseo puro que no tiene objeto. La tesis es la siguiente: en



ausencia de *La Cosa*, lo que mantiene al hombre en el deseo es *La Ley*, pero es una ley más profunda que la ley del Edipo y es la confrontación con la muerte, con la falta, con la ley de la castración. Entonces no es solo una reformulación del Edipo por una reinterpretación en los términos del giro epistémico producido en el lenguaje; tampoco la asunción del papel de los padres como funciones; es otra cosa, el más allá del principio del placer al que convoca Lacan, «la idea de una pulsión de muerte es inseparable de la concepción según la cual no hay otra verdad que la verdad parcial. Y por lo tanto, inseparable del deseo» (Juranville, 1996: 88).

Es la existencia del deseo en tanto tal que puede ser deducido del significante, por lo tanto del lenguaje; una ley dada en el inicio del lenguaje, que es la ley del significante y que gobierna el deseo.

Lacan reinterpreta el Edipo freudiano hasta las últimas consecuencias, la Madre está prohibida en la neurosis, pero la verdadera castración, es la que propone que la Madre es imposible ya que *hay* ausencia de La Cosa. Este objeto radicalmente perdido e imposible de recuperar, señuelo del deseo y que en definitiva engendra el deseo, deseo del *objeto a*, desplazable, sustituible y enlazado con el deseo del Otro. Para el caso de la neurosis, la culpa es ceder al deseo, la Ley es positiva y significa desear, esto le permite decir a Lacan que: «Cuando les digo que el deseo del hombre es el deseo del Otro, surge en mi mente algo que canta Paul Eluard como el duro deseo de durar. No es otra cosa sino el deseo de desear» (Lacan, 1990:375). Tomar una posición subjetiva con respecto al deseo y a la ley de castración dará como consecuencia una posición estructural, diremos una estructuración psíquica, que siguiendo las aporías freudianas nombramos como neurosis, psicosis y perversión.

En «Conferencia en Ginebra sobre el síntoma» despliega su concepción del síntoma en el sentido psicoanalítico del término afirmando que en el psicoanálisis es el analizante, en posición activa, el que trabaja. En principio será el trabajo de darle una forma a la demanda:

Es indispensable que esa demanda verdaderamente haya adquirido forma antes de que la acuesten. Cuando le dicen que comience –y esto no debe suceder ni la primera ni la segunda vez, al menos si quieren comportarse dignamente– la persona que hizo esa demanda de análisis, cuando comienza el trabajo, es ella quien trabaja. Para nada deben considerarla como alguien a quien ustedes deben moldear. (Lacan, 1988:119)

Es también una indicación para orientar el trabajo del analizante en la cura, desde la posición de un semblante y no desde el lugar del Ideal y de lo que se tratará en el análisis, es de un devenir, lo inconsciente no es solamente por ser sabido, sino el goce de un saber, un porvenir. La condición

previa para la constitución de los síntomas es el lenguaje, estar en un baño de lenguaje permitirá el establecimiento de un sentido para los síntomas que fueron cristalizados en la infancia.

El hombre piensa con la ayuda de las palabras. Y es en ese encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza. Por otra parte osaré decir al respecto el término de innato –¿si no hubiese palabras de qué podría testimoniar el hombre? Allí se ubica el sentido. (Lacan, 1988:125).

La pertinencia del inconsciente es en tanto y en cuanto el deseo fue introducido por *lalengua*, concepto acuñado por Lacan y que designa ese laleo por el cual se introduce el materialismo del inconsciente. Este materialismo del inconsciente sustentado en *lalengua*, no es un no sabido al que se accederá por medio de la operación del psicoanálisis, sino que el inconsciente es el porvenir, ese saber no sabido del que se goza sin saberlo, advendrá. La preexistencia del lenguaje es lo que modula aquello que como síntomas se cristaliza en la infancia y que el deseo de los padres opera como soporte fundamental para cada sujeto. Dirá entonces que:

Sabemos muy bien en el análisis la importancia que tuvo para un sujeto, vale decir aquello que en ese entonces no era absolutamente nada, la manera en que fue deseado. Hay gente que vive bajo el efecto del hecho de que uno de los dos padres –no preciso cuál de ellos– no lo deseó. Este es verdaderamente el texto de nuestra experiencia cotidiana. (Lacan, 1988:124)

No habrá entonces síntoma propiamente psicoanalítico sin lenguaje.

Si hablamos de la función simbólica deberemos de introducir el encuentro de esas palabras y nuestro cuerpo, la imagen del cuerpo cautiva al sujeto humano, y en ese encuentro entre lenguaje y cuerpo Lacan ubica el sentido. Si los síntomas tienen un sentido, es en torno a esa realidad sexual que se deja atrapar en el propio cuerpo.

El síntoma será la expresión de un goce manifestado en el propio cuerpo, producto del encuentro de ese cuerpo con el significante, de ese pasaje por el molino de las palabras. Así queda definida esa relación entre el cuerpo y el significante, un cuerpo gozoso atravesado por el significante:

El hecho de que un niño diga quizá, todavía no, antes de que sea capaz de construir verdaderamente una frase, prueba que hay algo en él, una criba que se atraviesa, a través de la cual el agua del lenguaje llega a dejar algo tras su paso, algunos detritos con los que jugará, con los que le será muy necesario arreglárselas. Es eso lo que le deja toda esa actividad no reflexiva, los añicos a los cuales, más tarde, pues es un prematuro, se le agregarán los

problemas de lo que se espantará. Gracias a esto hará la coalescencia, por así decirlo, de esa realidad sexual y del lenguaje. (Lacan, 1988:129)

Con esta situación de inadecuación deberá vérselas el sujeto humano ya que no hay *adecuatio* entre lo simbólico y la Cosa, se trata de una hiancia, de una apertura, de una falla que intentará ser recubierta con un saber. Esta realidad sexual se afirma en que no hay objeto predeterminado, tanto para el hombre como para la mujer, es en esta línea de argumentación que propondrá su famosa frase: no hay relación sexual, no hay nada que pueda suponer que hay una relación instintiva entre el hombre y la mujer, el otro sexo tiene que consonar con su inconsciente. Entonces ese malestar que Freud había observado puede revelarse en la experiencia humana en el síntoma y que Lacan ubicará entre lo Real y lo Simbólico en su nudo borromeo: "El síntoma es irrupción de esa anomalía en que consiste el goce fálico, en la medida en que en él se explaya, se despliega a sus anchas, aquella falta fundamental que califico de no relación sexual» (Lacan, 1988a:104). Las adicciones son una manera particular de tratamiento de esta anomalía que describe Lacan, una de estas formas morbosas y obturantes y a la que se dirigirá en muy pocas ocasiones presentándola como una formación de ruptura con el goce fálico.

#### **4.6. Toxicomanías: un modo particular de ruptura con el goce fálico.**

Es preciso transitar el modo en que Lacan arriba a su formulación, a su expresión sobre las toxicomanías, afirmación con la cual sus seguidores continúan elaborando y aportando al corpus del psicoanálisis; recorrer sus textos no con la intención ni la pretensión de realizar una exégesis de su pensamiento, sino más bien como forma de hacer una lectura, de instalar el tema desde su perspectiva.

Las adicciones nunca constituyeron una temática de interés para el desarrollo de su corpus teórico, sin embargo Lacan dejó valiosos aportes sobre esta contingencia de la época. Rastreando su obra encontramos algunas referencias relativas a las toxicomanías. En «La familia» (Lacan, 1985) establece una relación directa, podríamos decir de neto corte mecanicista entre el complejo de destete y las adicciones por vía oral. En este texto de enciclopedia define al complejo de la siguiente forma:

El complejo en efecto, une una forma fija, un conjunto de reacciones que puede interesar a todas las funciones orgánicas, desde la emoción hasta la conducta adaptada al objeto (...) su actividad repite en lo vivido la realidad así

fijada en toda oportunidad en la que se producen algunas experiencias que exigirían una objetivación superior de esta realidad. (Lacan, 1985:56).

El complejo de destete, dominado íntegramente por factores culturales, interviene la forma primordial de la Imago materna dando la forma así a los sentimientos más primitivos que unen al sujeto con la familia, podemos señalarlo como un complejo prínceps que le da forma a todos los restantes complejos y por su propia estructura modela la pulsión.

Lacan adhiere aquí a la teoría traumática de Freud, afirmando que: «En realidad, y a través de alguna de las contingencias operatorias que comporta, el destete es a menudo un trauma psíquico cuyos efectos individuales, anorexias llamadas mentales, toxicomanías por vía oral, neurosis gástrica, revelan sus causas al psicoanálisis» (Lacan, 1985:61). Esta acción renegatoria de la castración, revela, según Lacan, la relación entre la toxicomanía y la autodestrucción, una suerte de envenenamiento digitado por el retorno a esa figura primordial, un fallido reencuentro con esa Imago de la madre.

Si bien lo que desarrolla es una teoría del deseo, no es la intoxicación con drogas el tema central del artículo; encontramos otra referencia a la toxicomanía en la clase veinte del Seminario «El deseo y su interpretación», allí Lacan ubica la toxicomanía en un estadio intermedio entre la neurosis y la psicosis, estado de organización de la personalidad en un camino hacia la maduración del objeto, reflexión propia de los postfreudianos que ponen como estadio final de la adquisición de las condiciones de objetividad; podríamos conjeturar que rescata este escrito promovándolo como postura original del autor, resaltando que la toxicomanía como búsqueda pone en evidencia lo que significa la relación perversa, poniendo a la luz y en lo que se podría definir como en un sentido amplio, una relación con el sentido de la realidad.

El espíritu del artículo implica que la formación perversa es concebida por el autor como un medio de evitar los desgarrones, para el sujeto, en las cosas que hacen "flou", en las cosas que no se dicen, para él, en una realidad coherente.

La perversión está precisamente articulada como el medio de salvación para el sujeto, al asegurar en esta realidad una textura continua que permite mayor estabilidad y ordenamiento de la realidad psíquica. Seguramente hay aquí una vía original:

Es que resulta, de esta forma de articulación, una suerte de omnipresencia de la función perversa. Pues también haciendo las pruebas al describir en ello, si se puede decir, las inserciones cronológicas, quiero decir, por ejemplo, dónde conviene colocarlo en un sistema de anterioridad y de posterioridad, dónde veíamos escalonarse como más primitivos los desórdenes

psicóticos, seguidos de los desórdenes neuróticos, y en el medio, el papel que juega, en el sistema de Glover, la toxicomanía, en tanto que hace de ello algo que responde a una etapa intermedia, cronológicamente hablando, entre los puntos de arraigo, los puntos fecundos históricamente, los puntos en el desarrollo donde remonta el origen de estas diversas afecciones. Nosotros no podemos entrar aquí en un detalle de la crítica de esta vía, que no deja de ser criticable, como cada vez que tratamos un puro y simple punto de referencia genético de las afecciones analizables. (Lacan, 1959:262)

En «Psicoanálisis y medicina» también la referencia es marginal, ya que la intención del escrito es la de articular el lugar del psicoanálisis en la medicina; y es a través de esta interrogación que se pone a la luz la introducción de la ciencia en el discurso médico. La conceptualización de la falla abre la dimensión del deseo y del goce, la medicina aparece conectada con el cuerpo, un saber acerca del cuerpo, el médico es llamado a responder a la demanda del enfermo al nivel de científico:

El médico es requerido en la función del científico fisiologista, pero sufre también otros llamados: el mundo científico vuelca entre sus manos un número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, que coloca a disposición del público, y le pide al médico cual si fuere un distribuidor, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder? A algo que se llama demanda (Lacan, 1991:90)

Es así que el médico se enfrenta a un dilema ético, que en el consumo de drogas supera lo meramente policial para introducir otra dimensión, que es la de la administración del goce, el médico en una función concierne al goce del cuerpo. Deberíamos de aclarar que lo que define como la relación epistémico somática, esto es «(...) el efecto que tendrá el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo» (Lacan, 1991: 92), es efecto de la introducción del discurso científico en la medicina, lo que es considerado como una gran crisis ética. Las mismas funciones corporales estarán entonces atravesadas por la ciencia y las condiciones que sirven a un mundo científico impondrán desde el exterior, un dominio, un biopoder. En esta intrusión de la ciencia quedará entonces por fuera, que el cuerpo está hecho para gozar, de esto nada quiere saber la ciencia, y en este punto es convocado el médico, solicitado a distribuir la demanda de sustancias que provoquen este goce del cuerpo.

La dimensión ética en el campo analítico, es aquella que se extiende en la dirección del goce, definiendo al goce como tensión. Lacan establece una articulación entre placer y goce que brevemente sería la siguiente: si el

placer es la mínima tensión, es un esfuerzo por llevar el aparato a la menor excitación, al nirvana, el placer funciona como barrera al goce.

En cuanto al deseo, hay deseo porque hay inconsciente, y hay inconsciente porque hay lenguaje, y ese algo que escapa metonímicamente a la conciencia, ese algo que se escapa al sujeto, es la función del deseo.

Ahora bien, la reflexión sobre la toxicomanía más citada por los seguidores de Lacan, planteada como «una consideración valiosa» (Laurent, 1997:16) es la enunciada en «Las Jornadas de estudio de los cartels de la Escuela Freudiana, sesión de clausura» en que se propone la droga como aquello que rompe la unión entre el cuerpo y el goce fálico. La droga aparece convocada en esta relación entre el cuerpo y una parte del cuerpo como sitio del goce, el pene.

Tomando al caso Juanito, como ejemplo ejemplar, de esta unión, matrimonio como lo llama, del goce con el cuerpo, propone a la castración como lo que nos libera de la angustia que en ese caso es el descubrimiento de la asunción del sexo, estar unido al pene. Frente a la disyuntiva, el niño deberá renunciar al objeto incestuoso para asumir ese casamiento con un símbolo de lo perdido: el falo. Esta operación es la que permite la integración del sujeto a la Ley y a la diferencia de los sexos.

La droga sería una satisfacción sustitutiva que permite romper este compromiso. La droga sería una formación de ruptura, una instancia de tono negativo y que podríamos describirla operando en su función defensiva frente a la angustia.

#### **4.7 Clínica lacaniana: forclusión del Nombre del padre.**

Para Lacan la intoxicación, la toxicomanía, es una formación de ruptura, no es una formación de compromiso que provoque una disfunción, como el síntoma; sino que guarda relación con otra ruptura, con una ruptura con el significante paterno propio de la Psicosis. Veremos más adelante en nuestro trabajo, la manera en que se puede formular este acontecimiento que guarda relación con la modalidad de ruptura y sus consecuencias, esto es, la ruptura con la significación fálica.

Metáfora paterna, Nombre del Padre, shintome, son los nombres para Lacan del elemento que hace consistir la estructura, el elemento que anuda los tres registros de la realidad: Real, Simbólico e Imaginario. Si Freud partió y fundó el psicoanálisis con el estudio de la histeria y con la cura de las neurosis, pensando que en el límite de la cura analítica estaban Las Psicosis; es Lacan quien parte de Las Psicosis y su planteo del sujeto del significante formaliza el inconsciente como un sitio donde se manifiestan con claridad los dos procesos de su funcionamiento: la metáfora, para Freud la condensación, y la metonimia, el desplazamiento.

El Padre es una función de articulación, de nudo, del concepto de metáfora paterna al de sinthome hay un recorrido de formalización de la estructura subjetiva que intenta y encuentra un más allá del Edipo freudiano. El punto de alomhadillado entre significante y significado es posible debido al anudamiento efectuado por la metáfora paterna, por la función paterna; la falta interna al orden simbólico da como resultado las Psicosis:

Aquí está también, como se los indiqué cien veces, la función del padre. La única función del padre, en nuestra articulación, es ser un mito, siempre y únicamente el Nombre-del-Padre, es decir, nada más que el padre muerto, como Freud nos lo explica en Tótem y tabú. Pero, obviamente, para que esto sea plenamente desarrollado es necesario que la aventura humana, aunque más no fuese en su esbozo, haya sido llevada hasta su término, a saber, que la zona en la que avanza Edipo después de haberse desgarrado los ojos, haya sido explorada. (Lacan, 1990:327).

En consecuencia da un paso radical en la medida que va más allá de la ceguera y la culpa, hasta extremar la necesidad de un avance en este oscuro territorio donde Edipo se aventura.

La introducción del concepto de sujeto del inconsciente es un aporte radical para pensar lo que el sujeto es, el sujeto aparece en el intervalo entre dos significantes, el sujeto para Lacan, no es aquel que piensa, sino el que desea. Este surge en la estructura en red del lenguaje, donde encontramos diacronía de la cadena signifiante, y la dimensión sincrónica, donde encontramos la equivalencia de todos los significantes, en pura diferencia, «de suerte que el otro signifiante de la cadena temporal es entonces, con relación al Otro como lugar del signifiante puro (verbal), el falo» (Juranville, 1996: 125).

Es en la cadena signifiante que circula el deseo, el sujeto del significado es aquel que constituye el mundo, es el sujeto inmundo, el del Yo pienso; la articulación entre estos significados, entre unos a otros forman el mundo que tiende a la síntesis, no es éste el sujeto para Lacan, se tratará de otra cosa. El sujeto del signifiante es producto de la emergencia del deseo en la cadena signifiante, y el signifiante es solo en diferencia con los otros significantes, en la articulación de los significantes; ahora, el paso al significado se da en relación al falo, que es el signifiante fundamental, como signifiante de la falta en el Otro. Cuando pasamos al plano del significado, el signifiante fundamental del deseo es el Falo:

El sujeto como aquello que pertenece idéntico a través de la cadena signifiante es entonces, es primeramente el Falo, puesto que es él, el que primeramente produce la significancia de todos los significantes, pero es

finalmente el cuerpo castrado, ya que es el falo el significante del deseo y está por tanto esencialmente en el Otro. (Juranville: 1996:126).

Para Lacan la emergencia del significado es posible, debido a la participación de la metáfora, es en la sustitución de un significante por otro significante que se da el paso a la significación. Y el prototipo de todas las metáforas, es la metáfora paterna, que permite determinar el significado del significante, la metáfora es de la misma forma que todas las metáforas de la retórica.

S. S' S 1

S' x s

«Donde las S son significantes, x la significación desconocida para el sujeto y s es el significado inducido por la metáfora la cual consiste en la sustitución en la cadena significativa de S a S' » (Lacan: 1991a:557).

El concepto de Metáfora Paterna instituye un paso de formalización al complejo de Edipo,

Nombre del Padre Deseo de la madre N del P (A)

Deseo de la madre Significado al Sujeto Falo

Se trata de una operación significativa, si el deseo de la madre está en primer lugar, al Che vuoi? ¿Qué me quiere el Otro?, el deseo de la madre, a esto responde 'El Nombre del Padre', es decir, que será contestado por la Metáfora paterna; la madre queda prohibida, quedando en el lugar del Otro, y el falo le es otorgado como significado al sujeto. Como dijimos con anterioridad, la significación fálica es lo que permite inscribirse en la Ley de la diferencia de los sexos; será librado por esta interdicción del capricho materno y le servirá como orientación del deseo.

En lo imaginario de cada sujeto deberá invocarse la significación del falo llamada por la metáfora paterna y en consecuencia cuando la Metáfora paterna no responde, sucede La psicosis.

Pensamos que las Psicosis para Lacan encuentran en la teoría del significante, una forma que le permite responder a la cuestión de la locura de otra manera que la habitual por el lado del sentido; no se tratará de una pérdida de la realidad, no es la comprensión del loco; se trata de distinguir claramente Las Psicosis de otras estructuras, y esta distinción es «(...)lo que Lacan instala gracias a la noción de significante, que supone un orden del sentido más acá del mundo. (Juranville, 1996:220) y se efectúa si el psicótico se localiza fuera del significado.

Si en Freud los mecanismos son insuficientes para determinar y precisar el distingo entre neurosis y psicosis, es vital señalar la frontera que admita la posibilidad de separar neurosis de psicosis. Si lo característico en la psicosis es la alucinación verbal, y se la indica como un fenómeno característico de la psicosis, fenómeno elemental, Lacan la señala como



efecto de la forclusión del Nombre del Padre, «lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo Real» (Lacan, 1988:373). Avancemos sobre el término forclusión ya que es clave para el distingo estructural entre Las Psicosis y las restantes estructuras clínicas. No existe este término en la lengua castellana, en la lengua francesa el término nos remite a un procedimiento procesal del campo de lo jurídico, que significa la caducidad de un derecho no ejercido en los plazos prescriptos.

Maleval (2002) afirma, sin vacilar, que la conceptualización de Lacan en orden a la acuñación de este concepto fundamental no tiene ninguna deuda con los aportes de Pichón en sus trabajos sobre la negación, ni tampoco con los aportes de Laforque con el término escotomización, término que fue rechazado por Freud en la década del veinte; e insiste en que el término forclusión es la conclusión de un trabajo de investigación de Lacan en los textos freudianos, es decir, que es producto de su trabajo y su elaboración.

Pero más allá de las condiciones gestantes de los conceptos, lo que podemos afirmar es que este concepto atañe a la recusación de un significante fundamental de la estructura, y es que lo forcluido es el nombre del Padre, no cualquier significante, y las consecuencias se extraen en primer lugar de la turbiedad del loco con respecto a lo que podemos denominar como la cuestión del padre. Este mecanismo no es análogo a un mecanismo defensivo, y en particular se trata de algo no advenido en lo simbólico que retorna en lo real, es esto lo que caracteriza la estructura psicótica y que le da la pertinencia y las características de la productividad de los fenómenos propios observables en la clínica. Este punto es fundamental para postular la causalidad de la locura en el campo estrictamente lacaniano; si nos dejamos llevar por pensar la forclusión recayendo sobre significantes cualesquiera, solo quedaría como recurso para la distinción estructural dirigirse a la clínica psiquiátrica para relevar sus descripciones fenomenológicas y diferenciar que es una psicosis de otra estructuración. Al respecto, hay un deslizamiento hacia el discurso psiquiátrico en algunas posturas de psicoanalistas no estructuralistas, o no lacanianos. Analizaré en detalle en el próximo capítulo la propuesta del término *frontera* de André Green, en este punto se toma partido por otra concepción de una diferencia entre lo que es una Psicosis y lo que no lo es.

En este fragmento del Post-scriptum encontramos las referencias orientadoras del modo del pensamiento lacaniano acerca de esta distinción estructural:

Enseñamos siguiendo a Freud que el Otro es el lugar de la memoria que él descubrió bajo el nombre de inconsciente, memoria a la que considere como el objeto de una interrogación que permanece abierta en cuanto que condiciona la indestructibilidad de ciertos deseos. A esa interrogación

responderemos por la concepción de la cadena significante, en cuanto que una vez inaugurada por la simbolización primordial (que el juego: Fort! Da!, sacado a luz por Freud en el origen del automatismo de repetición, hace manifiesta), esta cadena se desarrolla según los enlaces lógicos cuyo enchufe en lo que ha de significarse, a saber el ser del ente, se ejerce por los efectos de significante, descritos por nosotros como metáfora y como metonimia...Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber, la preclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis. (Lacan: 1991a:556).

En el inconsciente, en esta memoria organizada en torno a una cadena significante, la institución de la ley es efectuada por el padre, en tanto muerto, es el padre simbólico que ata el sujeto a la ley y al deseo. El significante del nombre del Padre en sus primeras concepciones está pensado como un significante en el campo del Otro, generador de la prohibición por la cual se accede a la ley del deseo. Como hemos señalado anteriormente, esto se consume por obra de la operación significante de la metáfora paterna, donde el nombre del padre sustituye, tacha el deseo materno, otorgándole significación al sujeto.

La formulación acerca de esta forclusión del nombre del Padre sufrió diversas modificaciones y reactualizaciones debido a las investigaciones de J. Lacan siempre interesado en servirse de Las Psicosis para realizar sus aportes al psicoanálisis; Maleval (2002) realiza un recorrido sobre los desarrollos de Lacan sobre la forclusión del nombre del Padre. En este texto postula que las formulaciones sobre la Psicosis siguen con creatividad las enseñanzas de Freud logrando una «*prolongación innovadora*» producto de su enseñanza e investigaciones.

Posteriormente al «grafo del deseo», un giro decisivo en la formulación de la forclusión del nombre del padre se da en torno a la incompletud del Otro; esta tesis argumentada en base a las lógicas paradójales y los teoremas de incompletud de Godel, confirman la existencia de una falta en lo simbólico, el lenguaje es exterior a toda referencia, agujero de la representación que permite articular siempre una verdad solo como medio decir, y la autoridad solo está basada en su oportuna enunciación. Si deseamos realizar una nomenclatura sobre esta falla podemos representarla como una A tachada, este es un nuevo matema del nombre del Padre. Además, no deberíamos confundirlo con un patronímico (del gr. páter y ónoma nombre, dícese del apellido que antiguamente se daba a los hijos, formado del nombre de sus padres, como por ejemplo Rodríguez, de Rodrigo (Karten, 1974:1107), ya que «su particularidad lingüística del nombre propio reside en el acento que ponen, no en el sentido, sino en el sonido en cuanto

distintivo, como lo demuestra su casi identidad— consigo mismo en todas las lenguas» (Maleval, 2002:103), lo que implicaría que no es del orden del sentido sino de marca, de diferencia, más emparentado con la letra y el rasgo unario. Es entonces que en el psicótico el desorden del nombre del padre arrastraría fenómenos que afectan al nombre propio, la condición del nombre propio se articula con el nombre del padre en la estructura, encontramos así la utilización de seudónimos para nombrarse. Es en los años sesenta donde Lacan recalca esta incompletud, es decir, que no hay referencia otra del padre, iguala a la función de «un significante sin significación» (Maleval, 2002,93). Este giro insta una nueva manera de practicar la clínica: cuando la forclusión era postulada como una falla en el Otro, lo que se enfatizaba eran los trastornos del lenguaje; el agujero en el otro era un momento de desencadenamiento, ya que allí donde había un llamado la respuesta no llegaba a lo simbólico. Los trastornos del lenguaje, neologismos, ritornelos, eran imaginados como posibles puntos de detención del desencadenamiento de la cadena significativa.

Ahora bien, si lo simbólico es incompleto, esta falla será entonces de tipo estructural, «en sí misma no es desestabilizadora, sino todo lo contrario, porque la falta en ser del sujeto recubre la falta del Otro cuando se produce el proceso estructurante de alienación-separación (Maleval, 2002:94), pero el fracaso del psicótico es en la medida que no dispone de la posibilidad de elaborar una respuesta fálica, es entonces que elabora un delirio para localizar al sujeto en el significante. Esta tentativa pone en consideración que el trabajo del delirio es un intento de constituir una realidad nueva donde transportar el goce al significante; las distintas elaboraciones permiten distinguir este trabajo, si el goce se localiza en el cuerpo sometiendo al sujeto a descabros de su imaginario, un cuerpo sufriente y agotado que no descansa y cuyos órganos se erogenizan; o la alternativa de la localización en un goce mortificante depositado en un Otro gozador, presentándole al psicótico un problema de difícil resolución.

El nombre del padre forcluido, no será entonces un rechazo radical, sino la ruptura de la cadena significativa, hay un elemento que Lacan análoga al cero de la aritmética y que permite contar, es decir ordenar lógica y sucesivamente los anillos de la cadena que se enlazan como cuentas de un collar. Ahora, el nombre del Padre forcluido, es una ruptura y se indicará con la notación  $P_o$ , ruptura.

De aquí habría un paso a la pluralización del nombre del Padre, si ya deja de ser un Universal porque está descompletado el Otro, la conceptualización de la estructura del sujeto, toma al complejo de castración como nodal, porque articula al ser con el lenguaje. La pluralización de los nombres del Padre, son el intento del sujeto de elaborar una respuesta singular al enigma que suscita la falta en el Otro ya que dicha pluralización:

(...) destaca que las vías del deseo se derivan del orden significativo y afirma que la función paterna deja de estar relacionada con un universal alojado en el Otro; de esta forma, dicha función tiende a convertirse en un particular propio de la estructura del sujeto. (Maleval, 2002:98).

El Padre será entonces lo que posibilita encarrilar el deseo en las vías de la ley, si se puede responder a la pregunta de qué es un padre, la respuesta de Lacan lo ubica como aquel que hace de una mujer la causa de su deseo; por medio de la operación de la castración, podemos afirmar que es una instancia fundamental para poder distinguir claramente entre el padre gozador y el padre según la ley. En el mito de Abraham, queda establecido que el padre debe renunciar a parte de su goce para que se establezca la ley del deseo, el sacrificio recae sobre el cordero no sobre el hijo que es salvado por el arcángel, entonces si el cordero es sobre quien recae el sacrificio se tratará evidentemente del padre. En un abordaje posterior sobre los nombres del Padre, Lacan habla sobre la lógica de la sexuación: afirma que el sexo psíquico debe conformarse o no a hechos de discurso, como ejemplo de esta *inadecuatio* podemos utilizar el síndrome transexual donde el sexo anatómico no coincide con el sexo psíquico. Las fórmulas de la sexuación concluyen en una sola lógica que es la de la castración reduciendo el mito edípico y en donde se distingue la inscripción en el modo en que un sujeto se inscribe en relación al falo x.

Esta lógica permite darle consistencia a la diferencia de los sexos según su ubicación de lo que se denomina lado hombre o lado mujer. Esta distinción permite lograr un progreso en la investigación de la Psicosis. Entre hombre y mujer habrá un muro de lenguaje, el cuerpo, la sustancia gozante está atravesada por el lenguaje, parasitado, invadido por una tensión que lejos de manifestarse como homeostasis placentera es presa de una tensión que lo impele a la búsqueda del objeto perdido, das ding. La consecuencia será el armazón pulsional que constituirá el llamado goce fálico:

(...) De ello resulta el montaje de las pulsiones, centrado en un plus de goce del que estas extraen su satisfacción sin alcanzarla, limitándose a rodearlo. Esta tensión constituye el goce llamado fálico, localizado en un fuera del cuerpo que es el objetivo de las pulsiones, y que, mediante esta localización, vacía el cuerpo propio de goce. El goce fálico es transportado por los semas, que es lo que produce sentido, es un goce del Uno, de forma que no facilita ningún acceso al cuerpo del Otro en cuanto tal. El encuentro sexual solo se puede efectuar mediante la interposición del significativo fálico. (Maleval, 2002:118).

El psicótico, lo mismo que La mujer (tachada), conoce Otro goce, que no está pacificado por el goce fálico, se asienta en el propio cuerpo y la no

pacificación por el significante verificándose en algunos psicóticos que sus cuerpos se hallan invadidos por extrañas sensualidades o enfrentados al puro dolor de existir. Hay un goce que Lacan llama goce del Otro que no se deja tomar por lo simbólico y su emergencia es correlativa al fenómeno denominado empuje a la mujer, como el significante de la mujer (tachada) que retorna en lo real, manifestando así ese tópico frecuente de la homosexualidad en la psicosis, que en el extremo de su empuje transforma el cuerpo intentando encarnar a LA MUJER, exceptuada de la falta, mediante adornos, manierismos imitativos, efectuando un goce del cual le resulta difícil sustraerse, que se escribe así: no existe al menos una que quede por fuera de la castración (la fórmula); esto quiere decir que no hay Una que quede por fuera del conjunto de las mujeres que pueda ser el cero que inaugure la serie, en consecuencia este goce es enigmático. El nombre del padre funciona como límite que se le impone a este goce, articulándolo con el significante fálico, pacificándolo, es un límite que satisface la necesidad de un mecanismo defensivo contra un goce que provoca la angustia frente al Otro. La falla en la función simbolizante entrega al sujeto al imperativo del superyó, con su cara obscena y desenfrenada, en la frase: ¡Goza!

En consecuencia, la carencia paterna entrega al sujeto al goce de otro sin freno. Si el padre real se impone crudamente como un perseguidor que trata de gozar sin límites del sujeto psicótico, es porque la función simbólica del Nombre del Padre, instauradora del goce fálico, está afectada por una carencia, y por lo tanto, es incapaz de evitar el encuentro angustiante con el Gozador obsceno. (Maleval, 2002:120).

De aquí se concluye que una clínica de la psicosis deberá estar orientada no ya a ser simplemente el secretario del alienado, sino a la construcción de una barrera contra este goce mortificante, morigerando, intentando menguar este goce, una renovación de la clínica que direcciona una nueva manera de dirigir la cura de un psicótico.

La última tesis de Lacan sobre el tema es la postulación de una equivalencia entre la cadena borromea y el nombre del Padre, trabajo realizado a partir de 1975, y que no contradice lo anteriormente formulado, es un avance más en su investigación; el Padre es el Uno, que intentará rodear un agujero, este Uno estará presente en cada anillo ya que la ausencia de solo uno será suficiente para romper la cadena, reduce el NP «dar un nombre a las cosas con todas las consecuencias que ello comporta, en particular gozar» (Maleval, 2002:128), la cadena es solidaria al acto de enunciar, crear de la nada las cosas, y fundado en las matemáticas, le permite afirmar que no hay no-nudo, en definitiva el nudo es ceñimiento de lo real, a partir del Seminario «RSI», la letra sostiene al síntoma ya que el uno del significante

se puede escribir como letra y estar por fuera del discurso, si dijimos con anterioridad que el Otro está falto de un significante, el nombre del Padre y el síntoma concurren solidarios a ese lugar vacío, son dos elementos llamados a acudir a ese lugar, el cuarto término de la cadena es el que ciñe la cadena otorgándole su anudamiento. El término de forclusión ahora será un fallo en el anudamiento de la cadena, imponiéndose más que un rechazo, las nociones de carencia o de falla para nombrar la insuficiencia que provoca esta deslocalización del goce. Es con Joyce que Lacan satisface esta elaboración, dando lugar al concepto de «suplencia», para el caso la escritura como reemplazo de lo que falla.

La última formulación acerca de la forclusión, permite una reconsideración de la idea de rechazo absoluto, a la noción de falla, de carencia del padre, utilizando el matema Po; con esta notación que nomina la falta de identificación paterna.

En base a estos desarrollos se elabora otra clínica de la psicosis fundada en la posibilidad de otro centramiento de la clínica, en base a apostar a elaborar alguna suplencia que anude esta falla estructural permitiendo el enganche del significante a lo real. La suplencia f. (acción de suplir una persona a otra en un cargo, oficio, etc.) (Karten, 1974: 1359), guarda estrecha relación con lo que Lacan definió como la manera de elaborar un sustituto del nombre del padre, vía lo social, la función de ser nombrado para, el que nombrado para un cargo, adquiere por deslizamiento metonímico, un nombre de grado o función, entonces, lo social aquí adquiere la función de nudo. Ahora podemos asignarle a la tarea de suplir, también la noción de reparar la falla, hacer un nudo, reemplazar lo que falta, pero lo que surge como interrogante si es de cualquier forma posible, arreglar esta falla inicial. Lacan toma las distintas categorías RSI como forma de analizar retrospectivamente las suplencias. Por ejemplo, una suplencia posible es la utilización del mecanismo del «como sí» como elemento compensador imaginario, mediante «una imitación externa»:

(...) el Dr. Lacan vuelve a tomar el mecanismo como si, que Helen Deutsch destacó en la sintomatología de la esquizofrenia. Lacan otorga a ese mecanismo el valor de compensación imaginaria del Edipo ausente, no de la imagen paterna, sino del significante del *nombre del padre*. (Freda, 1988: 254)

Por el lado de lo simbólico, la creación de una metáfora delirante y el desarrollo pormenorizado que realiza en el Seminario XIII «El sinthome», de la creación de un nudo donde la dirección es en lo real, con la escritura en Joyce, afirmando que lo real es lo imposible, lo material, susceptible de lógica y cálculo. Vemos entonces que la lógica del significante nos conduce a otra consideración de la locura, establece parámetros para la consideración

y diferenciación de las psicosis, se orienta a partir de la escucha y del nombre del padre como baliza para la realización del diagnóstico diferencial; avanzaremos así hacia las consideraciones más específicas sobre la articulación que estamos investigando, como el nexo entre psicosis y toxicomanías y el estudio de casos clínicos.





## 5. Psicoanálisis y Psiquiatría

### 5.1. Psicoanálisis y Psiquiatría: articulaciones posibles.

La clínica psicoanalítica abrevó en la clínica psiquiátrica clásica a fines del siglo XIX. Su relación forma parte de una lógica de la continuidad y discontinuidad; una suerte de vasos comunicantes donde se ponen en diálogo dos discursos, dos prácticas sobre la subjetividad humana. Como planteamos en el segundo capítulo en el que hicimos un recorrido sobre la clínica psiquiátrica, el giro epistémico que se produce en el siglo XX está traccionado por la inclusión de la teoría psicoanalítica en el campo de las psicosis. Es con Bleuler que se aplican los conceptos psicoanalíticos a la interpretación de la esquizofrenia en simultaneidad con los aportes de la fenomenología que fueron introducidos por Jaspers en su célebre «psicopatología general».

Por otra parte no podríamos encontrar un único criterio para definir lo que es la actual clínica psiquiátrica ya que coexisten varios criterios epistémicos acordes a marcos ideológicos diferentes. Alejandro Basile (psiquiatra argentino actual, miembro de la Asociación Argentina de Psiquiatras), define a la psiquiatría como una rama de la medicina donde cada escuela consigna su propia definición, sus propios conceptos que aparecerán unificados considerándola como «(...) La rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades mentales» (Basile: 2006). Siguiendo a Karl Leonhard y J. Solé-Sagarra afirma que la Psiquiatría es la ciencia biológica que sirve para conocer, evitar y curar los trastornos psíquicos donde se destaca que:

La enfermedad psíquica la comprenden de muy distinta manera las diversas escuelas psiquiátricas; diversidad de criterios que se refleja también en la interpretación de sus orígenes, terminación y evolución, complicándose con ello –cada día más– el problema nosotáxico psiquiátrico especial, dentro de las considerables dificultades que encierra el problema general» (Basile:200.)

Así, esta conjunción entre Psicopatología y Organicismo precipita en teorías psiquiátricas mecanicistas cuyos máximos representantes son los maestros de la escuela francesa. La Psiquiatría que frecuentemente es denominada por sus características dinámicas, sigue siendo en sus fundamentos organicista, pero en el fondo, ese dinamismo es igual a mecanicismo: «Por tanto, tal Psiquiatría es también incompleta, como incompleto es también el concepto de enfermedad psíquica que no involucre la parte sana del psiquismo en todo enfermo mental» (ibíd.). Ante esta incompletud

de la definición, nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿podríamos establecer de qué clínica psiquiátrica estamos hablando?; y a partir de aquí ¿qué relación se establece con la práctica del psicoanálisis?

Con respecto a esta interfase del pensamiento, diversos psiquiatras y psicoanalistas hablan y polemizan señalando la vigencia de una crisis en la Psiquiatría actual, desde Bercherie hasta las críticas actuales de Miller (2003) afirman que la práctica psiquiátrica se desliza hacia una práctica positivista que glorifica los psicofármacos, olvidando la sutileza y riqueza de los aportes de grandes clínicos de la psiquiatría, práctica que achata la lectura de los fenómenos, imposibilitando su profundización. Es así que, la extensión del impacto de la adopción de la orientación estadounidense, la clínica de los trastornos mentales basada en el DSM-IV, una clínica bajo sustancia, tiene consecuencias brutales, donde poco a poco van desapareciendo cuadros complejos, como por ejemplo el diagnóstico de paranoia, la neurosis histérica, la melancolía, y en el caso de la toxicomanía, se reduce a una clasificación por sustancias, clasificación ya perimida, que empobrece la posibilidad de un abordaje donde no se eclipse al sujeto.

Ya en las «Conferencias de introducción al psicoanálisis» de 1916-1917, Freud abogó por el complemento entre psicoanálisis y psiquiatría instando a la colaboración entre las dos disciplinas y afirmando que no hay ninguna contradicción entre ambas, ya que la escucha apunta a la profundización de la causalidad del síntoma. Con posterioridad, Lacan advirtió la intromisión del discurso de la ciencia en la práctica médica, afirmando que la medicina recuperaba algunas ideas científicas en el armado de su sistema, pero con un retardo de años, participando más bien de la organización de la filosofía.

Lo que adquiere actualidad es la responsabilidad en la crisis ética, que Foucault (1992) organiza alrededor de la definición de hombre en torno al aislamiento de la locura. El médico ha perdido esa figura de autoridad propia de su personaje, para ser reducido a uno entre otros de los personajes científicos que sirven al poder de la ciencia:

Desde el exterior de su función, principalmente en la organización industrial, le son proporcionados los medios y al mismo tiempo las preguntas para introducir las medidas de control cuantitativo, los gráficos, las escalas, los datos estadísticos a través de los cuales se establecen, hasta la escala microscópica, las constantes biológicas y se instaura en su dominio, ese despegue de la evidencia del éxito que corresponde a los hechos. (Lacan, 1991: 89)

Las consecuencias éticas de su labor recaen indiscutiblemente sobre el factor más sobresaliente de la relación médico-paciente: la demanda. Una tarea que a veces puede ser opuesta a lo que se enuncia, puede surgir como todo lo opuesto a la curación, a saber: que se lo avale en la posición

de enfermo. Esta estructura de falla entre la demanda y el deseo permite la intervención de la función del psicoanalista a fin de que «el sujeto confiese él mismo su verdad y que la confiese sin saberlo» (Lacan, 1991:97). La dimensión ética aglutina estos dos puntos de la experiencia: la demanda y el goce del cuerpo.

La ciencia se inmiscuye cada vez más en el cuerpo, así como dijimos en el segundo capítulo de este trabajo, el cuerpo es sustancia gozante, y la ciencia expulsa al sujeto de ese campo, otorgándole al psiquiatra un lugar entre los objetos que ofrece el mercado para su satisfacción. Así la tarea del médico se desliza cada vez más a transformarse en un administrador de sustancias que le da el mercado, olvidando su función privilegiada.

El sujeto de la ciencia tiende a la universalización, a ser reducido a un objeto, la ciencia pretende el máximo de objetividad, rechazando la intervención de la subjetividad en la construcción de sus hipótesis y de su saber. Por el contrario, el psicoanálisis se crea y recrea en el uno por uno; sin renunciar a lo universal, hace del caso por caso su labor, lo singular. Tomemos el ejemplo de Freud, su reformulación de la teoría cada vez que ésta no daba respuesta a los interrogantes que surgían en su praxis. De hecho, en los grandes casos clínicos, ahí encontramos un movimiento de vaivén de la clínica a la teoría, donde los hallazgos de aquélla reescriben continuamente la construcción de ésta.

Por el contrario, la introducción del discurso de la ciencia en la psiquiatría ha redundado en su esterilización. En una conferencia inédita titulada «Pequeño discurso a los psiquiatras» (1967), Lacan afirma el agotamiento de la clínica psiquiátrica en la medida en que no hay ningún aporte nuevo en este trato de la locura. Esto se evidencia en que las últimas entidades clínicas, entre las que contamos por ejemplo, el autismo de Kanner (1943), el síndrome de Asperger (1944), el transexualismo (1953) y por último el síndrome de Lasthènie de Ferjol (1967), constatan la realidad de que el único psiquiatra es Kanner, y de que los restantes pertenecen a otras especialidades médicas. Así, podría considerarse el concepto de borderline desarrollado por psiquiatras norteamericanos, una contribución de estatus equivalente, sin embargo, la clínica psicoanalítica lo desestima.

La clínica psiquiátrica y la relación con la clínica psicoanalítica parece haber entrado en una suerte de impasse, si bien el psicoanálisis contribuyó a nuevas reformulaciones de la psiquiatría dinámica, este nuevo siglo XXI, parece afectado por la revolución de lo que fue declarado como la década del cerebro. Sin desconsiderar los aportes de la psicofarmacología al tratamiento de la Psicosis, asistimos a la entronización de un hombre neuronal carente de toda subjetividad. Una nueva clínica basada en una clasificación de los trastornos que deriva en un aplastamiento subjetivo, determinado por los apegos a un discurso basado en las conquistas del saber positivo, en

particular un discurso que eleva la importancia de la eficacia de las moléculas. Es así que una práctica radical, descuida el campo del sujeto sobrevalorando el éxito de los fármacos y sus moléculas. Si exacerbamos estas ideas, dejamos a merced de los efectos medicamentosos el tratamiento de la subjetividad, descuidando su texto y perdiendo el valor príncipes de los datos clínicos. Todo, entonces, empieza a girar en torno a las conductas y los efectos de los remedios que aporta el mercado, desapareciendo el sujeto del campo, tornándose así un anacronismo.

El fenómeno que describe la clínica psiquiátrica parece mostrar lo evidente, cuya profundización concluye en la búsqueda de lo estructural, como estructura del sujeto, en tanto soporte de lo evidente.

La clínica psiquiátrica aporta en su largo desarrollo desde el siglo XIX a la actualidad, su visión del fenómeno, la fineza en sus descripciones, una herencia de conocimientos y saberes que se integraron a la clínica analítica, es un momento en que no se debería perder este rico patrimonio y ceder a las tentaciones del mercado. Desestimar estas cuestiones, redundará en su achatamiento; el futuro estará en recuperar los clásicos, para que devenga lo nuevo, por lo que coincidimos en que «(...) Se está produciendo una mutación conceptual, comprometida en la elaboración de una nueva clínica que se esfuerza por cortar sus adherencias a la clínica clásica, aunque sin ignorarla» (Maleval, 2002: 17), pero parece que ésta tarea estará en manos de los psicoanalistas.

Hoy en día no podríamos hablar de armonía entre estas dos formas de abordaje de la subjetividad: psicoanálisis y psiquiatría; es necesario un compromiso ético para que vuelvan a funcionar como esos vasos comunicantes esbozados.

## **5.2. Psicosis y Toxicomanías: de lo universal a lo singular.**

La concurrencia de consumo de sustancias psicoactivas con otros trastornos psiquiátricos es denominada «patología dual» por el discurso psiquiátrico, un término que según diversos autores (San Molina, 2005) adquiere relevancia y consideración en base a la alta prevalencia de estos dos fenómenos en la población. Es una clasificación actual dentro del concierto de la Psiquiatría en base a la asociación frecuente y cada día más sostenida del consumo de sustancias psicoactivas –incluyendo el alcohol– con otros trastornos psiquiátricos. Existen datos estadísticos de la población americana, en la cual la patología dual está presente con un porcentaje que se estima entre el 30 y el 50% de la población psiquiátrica y que entre los adictos a las drogas el porcentaje de esta patología se eleva a más del 80%.

El porcentaje coincide con los datos recabados en la presente investigación. En el período que va desde Noviembre del año 2008 al 31 de Julio de 2009, ingresaron por el Servicio de Orientación y Evaluación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario 230 pacientes.

Del total, esto es, 230 pacientes internados, 186 pacientes-internos es decir el 81% presentó consumo de drogas, ya sea en la modalidad abuso o dependencia a diversas sustancias psicoactivas y alcohol: cerveza, vino, THC, clorhidrato de cocaína, pasta base, LSD y psicofármacos asociados con otro trastorno subjetivo, lo que indica, tal como hemos afirmado, la presencia de una patología dual.

Es importante aclarar que los criterios considerados en base al DSM-IV no clarifican con profundidad si el trastorno psiquiátrico tiene una existencia previa y precede al consumo de sustancias, o si el trastorno por sustancias es anterior y con posterioridad se desarrolla el trastorno psiquiátrico, o esta concurrencia ocurre de manera independiente. Sin embargo, estos estudios afirman que todo trastorno de consumo de sustancias se asocia en una alta prevalencia con otro trastorno psiquiátrico.

En relación a esta articulación entre consumo de sustancias psicoactivas y trastorno mental, el Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría, basado en la clasificación del DSM-IV y el CIE-10, propone algunos criterios para realizar el diagnóstico diferencial: afirman que no es un criterio correcto orientarse por los síntomas, ya que éstos pueden indicar, o bien un abuso de sustancias, o bien manifestaciones características de la abstinencia, o también, pertenecer a un trastorno psiquiátrico subyacente; ya que el ordenamiento causal de los mismos hace que queden opacadas una infinidad de determinaciones propias de esta patología.

Considerado como punto de partida, este marco empírico de trabajo demuestra que en la actualidad no se disponen estudios controlados suficientes para garantizar afirmaciones al respecto. En la medida en que postulan que la diferencia entre una psicosis inducida y una que no lo es, se determina por la conservación del criterio de realidad, terminan bordeando el fracaso de los mismos, definidos de la siguiente manera: si el sujeto que consume considera que esos síntomas son creíbles por él mismo, y si «los síntomas psicóticos son excesivos en relación con los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia, y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer la atención clínica independiente» (San Molina, 2005: 4) –el subrayado es propio–. Otro criterio del diagnóstico diferencial es el tiempo y la evolución: el trastorno inducido por sustancias se resuelve parcialmente en un mes y de manera completa en seis meses. En síntesis, basándose en el modelo médico de base neurofisiológica, el objetivo final será un abordaje global orientado a los síntomas y apuntando a la reducción del consumo de drogas.

Por nuestra parte, observamos que el eje se pone en el fenómeno y no en la estructura, ya que estos estudios focalizan su atención en los trastornos como signos de los diagnósticos de síndromes y/o de características psicopatológicas.

Henri Ey afirmaba que la relación entre Psicosis y determinadas drogas encuentra su vínculo en las denominadas *psicosis inducidas* o *psicosis modelo*. Esta vinculación se encuentra principalmente en la esquizofrenia, y en algunas sustancias, en particular el LSD, la mezcalina y las anfetaminas. Estas sustancias inducirían debido a cierta similitud de estructura química, estados próximos a la esquizofrenia que denomina: *esquizofreniformes*. Dichos estados inducidos con impacto vegetativo, también provocan alucinaciones visuales, ansiedad, dificultades en la concentración, fuga de ideas y experiencias de despersonalización. Comparables a los efectos de una psicosis aguda, éstos ceden al tiempo, no así aquellos inducidos en sujetos esquizofrénicos, cuyos estados duran meses. Esto llevaría a la conclusión de que, frente a experiencias iguales, los resultados en los sujetos son diferentes, no se puede reducir la posición de un sujeto a una hipótesis bioquímica cualquiera. Estos aportes permiten afianzar la idea de que es necesaria la cautela frente a la afirmación de hipótesis causales en un sistema tan complejo como las psicosis, ya que los factores químicos pueden ser condición necesaria pero no suficiente para explicar la organización de ningún delirio en particular y que se debe de plantear que se trata de sustancias que inducen comportamientos. Le Poulichet (1996) realizó una crítica radical a la utilización de estos modelos de la toxicomanía que construyen endebles analogías que, basadas en la noción de fármacodependencia, legitiman discursos que por positivistas y reduccionistas, permiten deslizarse de forma subrepticia, discursos morales, datos de comportamiento, conceptos del psicoanálisis, que le hacen perder espesor a una verdadera reflexión sobre los tóxicos dentro de un pensamiento psicoanalítico, más cercano a la reflexión filosófica.

Respecto de la consideración de la toxicomanía como un tratamiento de la pulsión, donde lo que predomina es un ansia mortífera imparabile, tenemos entonces, una postura crítica. Rescatamos el espíritu del concepto *farmakon* como agente físico, suplente de lo psíquico ausente; no solo como sustancia real que deviene de tóxico en remedio, sino como operación compleja que injerta ciertos significantes. Veamos:

Un aspecto de esta reversibilidad atrae las interrogaciones: si se pudiera tratar el órgano de la psique, ¿entonces sustancias químicas adquirirían el estatuto de objetos psíquicos! Se objetará que es solamente en el laboratorio donde la droga puede ser aislada como puro compuesto químico: en efecto, cuando por ventura ella es prescrita o auto-prescrita, opera una

función de metamorfosis que induce ciertas imágenes y ciertos significantes. (Le Poulichet, 1996: 39)

Es que debemos reservar para el psicoanálisis otra manera de enfocar esta cuestión, esta conjunción entre las psicosis y las toxicomanías, en un territorio que no sólo es una observación empírica de una realidad, sino que efectúa un verdadero pasaje a través de un discurso. Veamos entonces este vínculo Toxicomanías y Psicosis en dos autores argentinos que realizaron algunas reflexiones y trabajaron sobre el tema desde su propia perspectiva de escuela.

David Rosenfeld (1976) psicoanalista kleiniano perteneciente a la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, afiliada a la IPA, apoyado en la teoría de Herbert Rosenfeld<sup>1</sup>, postula que en etapas tempranas del desarrollo se establecen relaciones objetales primitivas donde los objetos son parciales y en las que el niño siente que el pecho es de su propiedad y vive poseyéndolo desde adentro. Esta fantasmática infantil crea una estructura narcisista omnipotente. Esta teorización recibe también aportes de José Bleger, quien planteó la posición glischro-cárica, partiendo del concepto de un momento evolutivo de indiferencia entre sujeto y objeto, la famosa simbiosis madre-niño. En este sentido, dichas posiciones desconocen los planteos de Melanie Klein, quien proponía una formación muy temprana del complejo de Edipo, en el sentido de que ya allí se ya encuentra un elemento de terceridad. Estas teorizaciones caracterizan al narcisismo no solo como etapa de la historia libidinal del sujeto sino como fase de desarrollo, rasgo de personalidad, analogando también un estado de la evolución psíquica o una organización del psiquismo. Es en este sentido que al carecer del concepto de forclusión, plantean estados-límite entre las psicosis y las neurosis, los estados de borde o patología fronteriza (Green, 2008).

---

1 Rosenfeld Herbert (1910-1986) psiquiatra nacido en Alemania, emigrado y discípulo de Melanie Klein. Con una vasta experiencia e interés en el tratamiento de las esquizofrenias, estudió las relaciones entre la organización narcisista de la personalidad y el resto del Self, basadas en el concepto de identificación. Propuso el concepto de confusión y sentó el germen de la noción de narcisismo destructor. Basándose en lo que denominó psicosis de transferencia, rechazó la concepción freudiana de la disolución del Superyó en la manía, y partiendo de su experiencia clínica con sujetos con psicosis maníaco-depresivas, propuso mantener la diferencia entre el Ideal del Yo y el Superyó, pues para él, la fusión del Yo se produciría con el Ideal, postulando que sería esta nueva instancia, producto de la fusión Yo más Ideal del Yo, la que se revela contra el Superyó. En cuanto al tema que nos ocupa, se consagró al estudio del narcisismo, gestó el concepto de «relaciones objetales narcisistas», relacionando las mismas con el mecanismo de la identificación proyectiva. Véase: Estados Psicóticos. 1991. Lumen. Bs. As.

Para Rosenfeld, la droga estaría identificada con un objeto malo, destructivo, que incorporado, perseguiría fantasmáticamente al Yo y sus objetos contenidos como buenos. Es entonces que la droga se análoga a «lo malo» y pierde las cualidades de «pharmakón», en el sentido de indecible, no esperándose otra cosa de su uso que la exacerbación de lo peor para el sujeto. En esta línea de observaciones clínicas reflexionan que la droga con cualidades sedantes, podría tener la utilización de aletargar y provocar efectos disociativos en el Yo, con lo que el sujeto concluye su experiencia adictiva insensibilizando por el dolor y narcotizando la ansiedad por su desenfreno destructivo.. La carencia de una madre lo «suficientemente buena» impide la constitución de un espacio y objeto transicional que permita la elaboración de frustraciones temprana; al paso de esta carencia surge la adicción a las drogas como búsqueda de un pecho materno bueno, como defensa frente a las ansiedades resultantes.

Sin embargo y con referencia al vínculo específico entre las adicciones y la psicosis, el autor toma un giro tal vez inesperado. Si bien el toxicómano está fijado en la posición esquizo-paranoide, la droga:

(...) le permite hacer el intento de unir sensaciones corporales, que representan vínculos con un objeto de una manera algo más organizada y total. Como último recurso, realiza una tentativa de unir a través de un organizador precario, es decir de una droga, que funciona como un engrudo o adhesivo de mala calidad, pero que es el esfuerzo extremo de encontrar algo con función estructurante. (Green, 2008:106).

Estas observaciones que deduce de su clínica con psicóticos lo llevan a bosquejar la idea de que las sustancias funcionan como remedio frente a las ansiedades surgentes, evitando el mecanismo denominado «psicotización».

David Maldavski (APdEBA), dentro de la misma corriente de análisis investiga el vínculo entre los procesos tóxicos y las psicosis, y establece que dichos procesos están caracterizados por la desestima y burla de producciones delirantes y de manifestaciones alucinatorias por parte de los sujetos adictos. Se desenmarca de la clásica diferenciación estructural entre neurosis, perversión y psicosis para poder situar un estado de estasis pulsional de retracción narcisista dentro de una teoría de conflicto entre pulsión de vida y pulsión de muerte. Recurre a la teoría de la madre suficientemente buena cuya carencia promovería la aparición de un «sentimiento de muerte», una estasis libidinal que empujaría al sujeto hacia salidas vía la acción: «consumo vertiginoso, la aceleración la motricidad, la adhesividad sensorial extractiva, el aumento hipertrófico de una sensualidad pornográfica o promiscua, el incremento de la velocidad de las operaciones económicas, o el trabajo creciente» (Maldavski, 1992:313). Estos



procesos son configuraciones de un narcisismo tóxico en el que la droga parece ser llamada a remediar dicha estasis, promoviendo algún tipo de restitución para recuperar los vínculos con el mundo de la realidad. Lo que se desestima para este autor no es la identificación paterna, sino el afecto, es una intoxicación sin sustancia, producto del fracaso de la operación atribuida al objeto transicional: mantener el sentimiento de continuidad de la propia existencia, originado en el matiz afectivo.

Es importante resaltar que en este recorrido, nuestra pregunta sigue siendo por la presencia real de la sustancia y su función.

Analizaremos a continuación la proposición de Eric Laurent (1997), según la cual, y siguiendo una breve pero preciosa indicación de su maestro Jacques Lacan, encuentra una continuidad en la denominación según la clasificación de la psiquiatría clásica de Esquirol, con las monomanías. La novedad para los fines del siglo XX e inicios del siglo XXI, es que el tóxico se ha identificado en forma absoluta con las leyes del mercado, adquiriendo el valor de uso y valor de cambio de toda mercancía, y en este sentido, llegando a una escala incomparable con otras épocas, imparable.

Con respecto a las indicaciones de Lacan, su propuesta se orienta por aquella frase sobre el consumo de sustancias como una ruptura, es una formación de ruptura con el goce fálico, con el Fallo. Como ya hemos señalado en el punto 2.3.2., el Fallo es un organizador del mundo, y esta ruptura, producto de la función de la sustancia, coincide con lo que se produce en la Psicosis y que se señala como  $\Phi$  (Fi subcero). La diferencia a subrayar, es que para la Psicosis la ruptura está de antemano. Por otra parte, para el caso de las toxicomanías, lo que no se verifica, es que también haya ruptura con la identificación al padre Po, es decir que conserva este lazo sin ruptura con la identificación paterna Po; en consecuencia, en las toxicomanías *hay el padre*. No así en la Psicosis, para lo cual nos reservamos la concurrencia de los dos términos  $\Phi$  – Po. Las consecuencias de estas afirmaciones son que el toxicómano no existe y que es posible la ruptura con el goce fálico, conservando la identificación paterna.

La tesis lacaniana esboza una serie de importantes consecuencias a nivel de la estructura y, cuyas observaciones son a verificar con los datos extraídos de la experiencia, en especial porque en la clínica encontramos psicóticos que consumen sustancias. Para Laurent estos sujetos formarían parte de otro grupo, no son los que se presentan identificándose como «soy adicto».

Frente entonces al ofrecimiento por parte del mercado de las sustancias en su multiplicidad variedad el psicótico requiere de algo preciso, no se contenta con la variedad, con lo que ofrece el mercado, con lo que haya, sino que se trata de «monomanías» en la acepción clásica de los delirios: es un delirio parcial, lo que buscan es algo preciso, aquello que escape a las leyes de mercado y les procure una estabilización, lo vemos en los ejemplos

del caso. Por otra parte los adictos seguirían los vaivenes del mercado y la producción de los objetos, cada vez una nueva sustancia, una nueva sensación, demandadas de acuerdo a su disposición. Por lo tanto, estos sujetos, «son otra cosa, aún si como otros, toman un cierto número de tóxicos» (Laurent, 1997:17). No son toxicómanos sino psicóticos, se trata de un requerimiento específico, de un goce en lo Real acotado a lo que provee una sustancia, se trata de un goce perfectamente acotado y localizado, o que intenta localizar un goce que no está localizado debido a la ausencia de la premisa fálica en la psicosis.

Una de las primeras consecuencias de la tesis lacaniana y de esta lectura es que más que ruptura, es una reconducción al lazo social, una conexión, un enganche al Otro, del cual el psicótico se ha desenganchado, o, como en muchos casos, le permite bordear o detenerse frente a ese agujero Real, estabilizándose en un delicado equilibrio inestable con la droga.

Como agregado, clínicamente, el uso y las características del mismo, nos dan preciosas indicaciones de la función del tóxico, y es por donde se rompe esa ligadura con la significación fálica, no es una nueva estructura ni tampoco un síntoma, entendido como formación de compromiso. Contradiendo lo afirmado por las teorizaciones que desvalorizan este dato, considerando la abstinencia absoluta como el objetivo terapéutico más importante, si bien la droga obtura la división subjetiva, es un indicador de la función que cumple en la subjetividad, en el uno por uno de la clínica, cuestión que trabajaremos con los casos más adelante.

En la clínica, ubicar este punto, el modo de inicio de su consumo, en qué vicisitud de la economía de su psiquismo se inició, nos orienta. De esta forma, relevar el diagnóstico diferencial será entonces un punto importante en el establecimiento de un tratamiento posible para el caso de las psicosis. La precaución está dada en que no es lo mismo una prepsicosis que se encuentra estabilizada con una adicción, que el franqueamiento de la barrera del desencadenamiento, fenómeno disruptivo, catástrofe imaginaria que muestra la imposibilidad de una vuelta atrás.

Dentro de este vínculo entre psicosis y toxicomanía encontramos estos casos raros que algunas corrientes denominan borderlines, patología fronteriza, de borde, inclasificables, de la clínica psicoanalítica; aquellos sujetos que no responden en su presentación a enarbolar un fenómeno de lenguaje, en cualquiera de sus formas, neologismos, ritornelos, fenómenos elementales que nos muestren claramente la forclusión del nombre del padre, y que sin embargo, son psicóticos.

Mantenemos dentro de este marco de propuestas la relación entre droga y sujeto, en base a las distinción clásica estructural: neurosis, perversión y psicosis con el consumo de drogas; si bien fenoménicamente se consideran distintas «configuraciones» en el sentido de una presentación formal

distinta de las clásicas en torno al Edipo y la castración, y que para nuestra investigación de este vínculo entre la Psicosis y la toxicomanía, aparece reflejado en lo que se designa Psicosis ordinaria según la propuesta de Jacques A. Miller (2005) pero que efectivamente las ubicaríamos dentro del campo de las Psicosis. Esta clasificación novedosa responde a estos nuevos casos que también se designaron como «inclasificables» (Miller: 2003) debido a que no responden a los clásicos desencadenamientos ya desarrollados.

Esta actualización de la clínica psicoanalítica nos permite considerar los últimos desarrollos de Lacan acerca de una polaridad entre sujeto de goce y sujeto del significante. Son los casos analizados a la luz de una clínica de lo real y de la clínica de los nudos en base a los conceptos de enganche y desenganche del Otro, donde como ya anunciamos, no responden al encuentro con Un–Padre ni se relevan fenómenos elementales. Es una clínica de la continuidad y la discontinuidad, donde se registran los fenómenos de franja y estados que Lacan calificaba de prepsicóticos. Es así que se registró la aparición de fenómenos elementales y de psicosis probada, en sujetos que habían ingresado en abstinencia luego de años de probado consumo de sustancias psicoactivas. En términos de sintomatología, habían pasado varios años sin hacer evidente ningún signo que revelara su Psicosis. A estos casos se los engloba como formas clínicas según la diacronía, en la medida en que la eclosión no siempre se puede describir como un momento fácilmente registrable, de manera estrepitosa y ruidosa, considerando también los efectos reales de las sustancias como neurolépticos y ansiolíticos y que se define como «un progresivo desenganche del Otro» (Miller, 2005), son toxicomanías de suplemento.



## 6. El trabajo de la Clínica.

### 6.1. Casos clínicos

Las siguientes viñetas clínicas son producto de un trabajo con sujetos considerados en riesgo, internados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, denominado Unidad 20 en el período considerado. Se trata de recortes clínicos donde se intenta organizar una casuística que nos permita investigar lo que vinimos desarrollando hasta el momento. Fueron observaciones producto de la clínica y de una evaluación posterior a los dos meses del ingreso al Servicio.

#### 6.1.1. Caso Fabián: la droga como barrera frente al Otro.

##### DIAGNÓSTICO DSM-IV

Eje I: Impulsividad - Eje II: Trastorno limítrofe de la personalidad.

Es enviado por el Cuerpo Médico Forense debido a un intento de suicidio. Ingresa en período de abstinencia.

Reseña clínica: Es un hombre de 35 años, casado sin hijos, siempre tuvo dificultad para llevar adelante la deshabituación de las drogas. Impresionaba como vacilante y dubitativo, inseguro, con un fondo ansioso en continuidad.

Había emprendido varios tratamientos de diferentes estilos, logrando continuos fracasos, habiendo conseguido en varias oportunidades, que los profesionales tratantes –médicos y psicólogos– lo abandonasen sin demasiadas explicaciones después de continuas «recaídas».

Para el caso se puede decir que habían fracasado los ideales de abstinencia y de recuperación social que se proponen en toda cura de un adicto: una familia, un trabajo, una carrera universitaria o laboral.

*A poco de andar las entrevistas la frase: «quiero dejar la droga». Era un pedido blando y poco consistente dirigido a sostener la relación con su mujer. Pedido para tranquilizarla. Sin embargo, lo que describía como forma «compulsiva de consumo» lo inquietaba y no lo dejaba disfrutar de algunos «toques». Su idilio con las sustancias comenzó a sus 17 años, a las que fue introducido según sus palabras por un amigo: alter-ego, a quien admiraba y con quien se sentía identificado. Por este amigo guarda rencor, porque recuerda un período anterior donde se sentía un «guerrero oriental», armonioso, limpio, sano, fuerte, parece traer un recuerdo nítido de estar sentado en posición de loto tomando mate en el balcón de la casa paterna.*

Primero fue la marihuana, luego alcohol, pastillas, para pasar a experiencias más fuertes como inyectarse ketamina y cocaína, que se fueron acentuando en intensidad y frecuencia con períodos compulsivos de consumo y otros intervalos de abstinencia.

Su madre había fallecido tiempo atrás, de ella dice que era alcohólica y dependiente a las pastillas, mantuvo una relación tierna y cariñosa que oscilaba entre la preocupación por su salud y el odio por sus dependencias aunque siempre la consideró continente, compañera. Se concebía como muy pegado a su madre. Con su muerte se había sentido triste y abatido. Decía sobre su nacimiento que había nacido «enroscado» con el cordón umbilical, lo que para él, verificaba su adhesividad a la madre.

Su padre también murió tiempo antes, era estimado como muy trabajador, pionero en un tema relacionado con la técnica y la administración, pero impotente para ocuparse de los escándalos que hacía su madre cuando se alcoholizaba.

La droga era un paraíso en donde curarse de la rutina, del tedio de su trabajo y de su matrimonio al que veía como una equivocación, como una decisión empujada por su padre para que lo cuiden y pueda dejar de drogarse. Era un elemento para darse ánimo y enfrentar a su mujer y los reproches por sus gastos de dinero en lo que ella consideraba banalidades. Es a partir de la convivencia con L. que comienza a incrementar un consumo que había sido intermitente.

A partir de este momento inaugural, construyó unos circuitos que lo llevaban a drogarse y vender todo lo que tenía para conseguir la droga. Se hizo así un grupo de amigos, «del palo», donde encontraba compañía para hablar de sus desdichas y distracciones. Se produce cierto enganche con el Otro, si no está atemorizado frente a su mujer, La Mujer.

En este ambiente y bajo el efecto de alcohol y pastillas protagoniza un incidente confuso que lo llevó a entregar su auto a cambio de unos papeles de cocaína y quedar enredado en un episodio judicial. Debido a esto recibe un llamado misterioso que lo presiona para entregar un dinero a cambio del silencio, este episodio lo lleva a continuas y violentas discusiones con su mujer, en una de las cuales intenta hacerse un corte en una muñeca, es entonces que interviene el Poder Judicial, ya que tenía una causa abierta por el tema del auto.

El vínculo que había establecido con su mujer, de franca naturaleza fusional, no aceptaba ninguna terceridad, posición tercera que era vivida como atentatoria contra su persona.

Este hacerse un lugar en el Otro permitió situar en el lugar de la incógnita: «¿por qué no puedo frenar?» una certeza sobre lo que lo motivaba, la voluntad del Otro de hacer de él un esclavo. La droga cumple la función de armar una barrera frente al Otro y calmar la angustia que se desarrolla. Su

propia conclusión sobre las compulsiones es que se inician a partir de las discusiones con su mujer que lo empujan a su aniquilamiento. El modo de poner distancia con los reproches y violentas discusiones con su mujer, era detenido con la ingesta de cocaína, abría una distancia posible con el Otro que lo amenazaba. El encuentro con el otro imaginario no tenía mediación y esto desencadenaba los efectos devastadores, donde la regulación simbólica estaba ausente.

## COROLARIO

Lo real de las sustancias puede funcionar como estabilizador de la estructura. Le Poulichet (1996) propone que las sustancias le dan cuerpo al adicto, la posibilidad de constituir ciertos bordes, una prótesis imaginaria que arma un cuerpo o que obtura una efracción de la pulsión.

Si bien la droga parecía estar ubicada en la dimensión de la compulsión, se pudo precisar que puede detener las sensaciones producidas que involucran al sujeto siempre en episodios amenazantes, los retos y reproches de su mujer, las intenciones de su cuñada. Ingerir, fumar, aspirar y hasta tragar drogas, pone fin a la confusión que lo invade. Retorno de un goce que se localizó en el estómago, que suele aliviar con la droga y el retorno de goce en el Otro que amenaza con internarlo, despojarlo de todo, molerlo a palos, en fin descuaajeringarlo. Podemos hipotetizar que las sustancias, en este caso, más que defensa, son una tentativa de horadar lo real, hacer presente el cuerpo, una tentativa de sentirse vivo. La droga no lo representa como «adicto», lo movía a sostener un lazo con el Otro, en este caso su mujer, ya que los problemas con su mujer presentaban un lazo inestable y conflictivo, pero lazo al fin.

Reconozco la sorpresa ante la aparición de fenómenos donde se comenzaron a evidenciar los rasgos de una estructura psicótica. Sorpresa frente a un sujeto que no presentaba una monomanía clásica de la descrita para los casos de psicosis y drogas, donde en lugar de un rasgo de identificación al padre hay un goce en lo real; mantenía una posición en el «como si» que parecía establecer una personalidad pseudoestable, solo empañada por estos consumos esporádicos y dirigidos a su mujer. Una psicosis donde no se pudo situar el punto de desencadenamiento, aunque sí ciertos fenómenos de deslocalización de goce en el cuerpo, la dificultad para situarse en una posición sexuada, el empuje a hacerse el objeto del Otro, estos fenómenos permiten conjeturar, que el Nombre del Padre no estaba presente para regular la estructura.

### 6.1.2. Caso DIEGO: haciéndose un Padre.

#### DIAGNÓSTICO según DSM-IV

Eje I: Trastorno psicótico delirante de tipo persecutorio. Consumo de drogas y alcohol.

Ingresa en abstinencia de sustancias. Es derivado por Poder Judicial debido a disparar un arma por una ventana contra supuestos perseguidores.

Reseña clínica: Tiene 41 años, es la primera vez que es detenido y es internado, consumió drogas (THC, cocaína, LSD y alcohol) de manera regular desde los 16 años hasta los 24 años.

A los 8 años fue medicado con carbamazepina por problemas de conducta.

Se define como ex-adicto. Posteriormente dice que consume cocaína de vez en cuando. Se muestra colaborador y demanda que se lo atienda en forma regular ya que no soporta la situación de encierro. Fue denunciado por su padre, detenido y trasladado al Hospital. Está más tranquilo que a su ingreso, pero en desacuerdo con el sistema carcelario.

En los últimos siete meses dice estar viviendo una pesadilla, comenta que es víctima de una organización que intenta matarlo. Vive en una finca de la zona del Tigre, en una sección alejada de tipo isleña, donde vive en soledad y con dos perros ovejeros alemanes. Debido a esta situación, comenzó a tomar alcohol para darse ánimos para matar a sus atacantes.

Agrega que estas personas que lo quieren matar, lo siguen, lo vigilan, por donde quiera que esté. Comenta que se comunican en un dialecto propio que solo él puede comprender. Escucha voces que hablan de él y lo amenazan, «gordo lindo te vamos a cortar el pito» e incluso una música que le anuncia la muerte. A partir de esto está muy nervioso y atento, con mucha ansiedad. Dice que en varias oportunidades vio a miembros de la banda circular cerca por donde él pasa o se dirige, acreditando de esta forma que lo siguen para matarlo.

Cree que estas persecuciones son con el objetivo de quitarle la vida porque es un «antichorro» (se escucha como un neologismo) y porque no fue al entierro de su hermano que lo mató la policía.

Hace siete años se le incendió la casa en un accidente, desde los 21 a los 37 años vivió con Miriam, ella lo dejó por su adicción. Dejó embarazada a Miriam en varias oportunidades, afirma que en su criterio no estaban maduros para tener hijos, abortó junto con ella, tuvo cinco abortos.

Desde sus 8 años tuvo problemas de conducta, fue medicado con Tegretol por sus continuos desbordes de conducta, cree que la causa son los golpes y maltratos de su padre que es muy violento, afirma que siempre lo golpeaba así como a su hermano y a su madre. Todo esto le provocó grandes sentimientos de odio hacia el padre a quien considera «un enfermo que



tendría que estar acá en mi lugar». Tuvo disritmia en su infancia y de 1° a 3° grado fue a una escuela de recuperación porque tenía problemas de conducta, era violento —«producto de la violencia de mi padre»— repite. Desde que tiene uso de razón dice que tiene una mala relación con él. Su madre en cambio, es señalada como una buena persona que «se banca todo, los dos hijos adictos, un marido violento». Como dato dice que dejaron de tener relaciones sexuales cuando él tenía cinco años por mandato de la madre, a instancias de una enfermedad herpética genital del padre, quien la dejó progresar hasta desarrollar un cáncer.

Inició su consumo a los 16 años con THC y alcohol, bebida blanca, en especial los fines de semana para ir incrementando las dosis y cambiando las sustancias. A los 18 años le suma anfetaminas en «estado puro», aspiraba o tomaba por boca, después sumó cocaína, a los 21 años clorhidrato de cocaína, ya no solamente los fines de semana, sino de 40 a 50 gramos por semana, dice que lo hacía para tapar su sufrimiento, su dolor por los conflictos familiares y de pareja que tenía.

Siempre le gustaron los deportes violentos, se considera deportivo, estuvo dos años en la Infantería de Marina porque le gustó, se considera muy cambiante y dice que todavía no encontró su «lugar en el mundo»; vive en estado natural, siempre fue «perceptivo», está alerta, está violento, no le gusta que lo vean, por eso no sale en luna llena.

Dice: «Yo percibí que vendrían a buscarme, tengo cargo de conciencia por no haber ido a ver a mi hermano»... «en el Tigre me salvé porque tengo un Dios aparte... ellos tienen un canto, me iban a disparar y disparé yo primero»...«estaba con pánico, el alcohol me desinhibía, no es fácil matar a alguien, pero eran ellos o yo, es legítima defensa»... «escuché que decían: —preferimos a tu papá que a vos, tu viejo está más fuerte que tu mamá, está apestada, te vamos a violar»...

## COROLARIO

El consumo de drogas le provee una identificación precisa: ex-adicto. Un padre violento al estilo padre primordial fracasa en inscribir su metáfora y deja como resto odio, resentimiento e imposibilidad. La droga no inscribe suplencia, es un lazo precario establecido al Otro, para evitar el desencanche fatídico que se realiza en momentos de abstinencia. Una barrera contra el Goce mortífero del Otro, en este caso, de un padre gozador y violento.

Frente a la encrucijada de la asunción de la paternidad, hay una respuesta: «me drogo», la imposibilidad de una respuesta al llamado a la función, a ser convocado al lugar. Aborto.

Es de tener en cuenta que llevaba el arma cuando fue a visitar a su padre y descerrajar un tiro en presencia de éste, posteriormente a una caliente

discusión donde su padre le dice: «tenés que tener algo, hacerte una posición, un lugar, no podés seguir viviendo como un gitano», después escuchó las voces y los cantos de los perseguidores. Evidencia de la aparición del goce del Otro que desestabiliza al sujeto y que nos permite la pregunta: ¿A quién mata el asesino?

En este caso la droga fracasa en constituirse como suplencia de aquello que falla. Encubre la voluntad de muerte, pasajes al acto, como operaciones de remiendo, no están a la altura del nudo de Joyce, de *sinthome*. Estos actos son de otro orden: «Existen otro tipo de soluciones que no recurren a lo simbólico, sino que proceden a una operación real sobre lo real del goce no apresado en las redes del lenguajes» (Soler, 2005:18)

Estos rasgos donde se muestra siempre en estado de alerta y con una emotividad plenamente exacerbada, dan cuenta de ese «enviscamiento de lo imaginario» (Soler, 2005:113) que encontramos permanentemente en los paranoicos.

### **6.1.3. Caso Javier. Un cuerpo a construir, mutilándolo.**

DIAGNÓSTICO según DSM IV.

Eje I: Trastorno psicótico no especificado. Eje II: Trastorno de la personalidad no especificado.

Es detenido por pequeños robos, por sus antecedentes de consumo de sustancias es derivado al Hospital (Unidad 20).

Reseña clínica: Tiene 26 años, es soltero, el menor de siete hermanos. Se queja de escuchar voces, que cree son de su madre, dice extrañarla ya que era un apoyo para su vida. Su mundo es la droga, ahora el «Paco», pero su existencia se constituye alrededor de las sustancias. Anda solo por el barrio, no tiene amigos y pide plata a sus hermanas para drogarse, cuando se le termina deambula, vende pequeñas cantidades para consumir, o realiza pequeños robos y se droga. Dice que no quiere estar solo, su estilo es prepotente y altanero, pero establece un vínculo empático y solicita que se lo atienda con regularidad y que no se lo aisle porque en soledad escucha voces y se va a volver loco. Con respecto a las voces, dice que seguramente son las consecuencias de la droga, aunque ya van dos meses de su internación y persisten. Su estilo de vida es el fracaso, no terminó la escuela, apenas sabe leer y escribir, no tiene formación laboral, no tiene pareja, no tiene trabajo. El único lazo social es la droga que lo vuelve una y otra vez al hospital repitiendo este ciclo hace años. Todo comenzó a los 8 años, donde probó pegamento con unos chicos un poco mayores, después THC, Cocaína, LSD, allí comenzaron las fugas de su casa, vivir en «ranchadas» y la intervención del estado como instancia de organización. Dice que allí comenzaron sus

problemas: una inquietud corporal, como una «electricidad» que le recorre el cuerpo, entonces tiene que drogarse, o golpearse, cortarse, pasar al acto. Desde los 10 años de edad empezó su recorrido por hogares, institutos para menores, Comunidades terapéuticas, tomando medicación para «controlar su impulsividad», ya que se autoagredía. Su familia naufragaba, su padre era violento y alcohólico y maltrataba a sus hermanas y a él; sugiriendo que abusaba sexualmente de alguna de ellas. Pese a esto no realiza ningún juicio sobre su padre, su madre o su familia, diciendo solamente que la muerte de su madre por cáncer hace poco tiempo lo sumió en la tristeza y en sentimientos de soledad. En una hospitalización anterior, estando aislado no dudó en cortarse los brazos, una oreja, y prenderse fuego, llamar al Otro de esta manera, cuestión por la que casi muere.

## COROLARIO

El consumo de drogas es un recurso a constituir un cuerpo, la simbolización de un cuerpo que mitigue, detenga, la producción de una efracción, una hemorragia. La inquietud corporal se mitiga con drogas otorgándole una falsa opción, un presunto bienestar que se escurre y lo deja en la soledad, segregado. Parece que la droga lo vuelve al lazo social, un llamado al padre, que aparece representado en las Instituciones, forma de inscribir una suplencia. El tratamiento de su cuerpo, cuerpo marcado y recortado con automutilaciones, cortes, quemaduras que intentan escribir un simbólico en el cuerpo que está faltante, rubricar un nombre, el del Padre. Poner a distancia el propio cuerpo y maltratarlo masoquísticamente puede revelar una modalidad perversa de anudamiento. Lacan no desestimaba el masoquismo como posible para la función de para-psicosis (protección contra la psicosis) que aisló en Joyce (Maleval, 1995:116). El cuerpo como objeto maltratado por la droga, los cortes, las quemaduras, la mutilación, nos permite hipotetizar que no se trata de armar escenas para el manejo del otro, no hay escenas donde posar la mirada del otro y angustiarlo, sino de un lazo perverso en una estructura psicótica.

### **6.1.4. CASO Juan Pablo: «De una familia muy normal» ¿Psicosis inducida?**

DIAGNÓSTICO según DSM IV.

Eje I: Trastorno psicótico no especificado. Eje II: Trastorno de la personalidad no especificado. Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Es detenido por incidente en su vivienda, rompió un vidrio del edificio donde vive en una reyerta con el encargado del mismo; por sus antece-

dentes psiquiátricos y de consumo de sustancias es derivado al Hospital (Unidad 20).

Reseña clínica: Tiene 32 años, es soltero, separado, y tiene una hija de dos años. Es el cuarto de una serie de cinco hermanos todos casados. De los informes del cuerpo médico forense se extracta que: «Dice provenir de un grupo familiar primigenio, conformado por sus padres; es el cuarto de cinco hermanos, todos los hijos han nacido en el marco del mismo vínculo conyugal. No da cuenta de antecedentes de modalidad violenta de resolución de conflictos, así como tampoco de índole psicopatológica ni delictiva». Consume drogas desde los trece años: THC, Cocaína, psicofármacos, cuestión que lo llevó a varios tratamientos en Comunidades terapéuticas e internaciones desde los quince años y a las que abandonó por su «falta de voluntad». En la actualidad tiene conflictos con el portero del edificio donde vive, del cual dice: «es una persona poderosa, pertenece a la Side... me sigue y vigila por el tema de mi consumo de droga... incluso ha contratado gente para seguirme y me vigila en mi casa... ha colocado un chip en una silla de mi habitación...ya me había dicho telepáticamente que iba a terminar acá... incluso me dice que en este lugar hay gente contratada para matarme...» De su relato se desprenden vivencias de influencia, alucinaciones intrapsíquicas e ideas delirantes. No puede sostener nada, tratamientos, estudios, lleva una vida restringida y pobre, ya que económicamente es sostenido por su padre porque nunca trabajó. De un estudio psicodiagnóstico se verifica que no se observan indicadores de posible componente de organicidad. Recibió diversos y contradictorios diagnósticos: trastorno severo de la personalidad a modalidad esquizofreniforme, trastorno psicótico inespecífico, esquizofrenia tipo paranoide, trastorno de la personalidad no especificado.

El episodio por el cual fue internado se desencadena a varias semanas de interrumpir la medicación indicada por su psiquiatra, suspendida debido a que «le producía temblores y dificultades en la concentración que le impedía concentrarse en sus estudios»; estos habían sido abandonados en su momento evolutivo debido a falta de interés y problemas de aprendizaje. En relación a estos impedimentos señala que tenía y tiene dificultades en la concentración, debe leer muchas veces los textos porque no comprende y le resulta dificultoso. Se comporta de manera reticente, silencioso, no aporta muchos datos en las entrevistas, mostrándose receloso y poco empático frente a su entrevistador.

## COROLARIO

Parece que el tóxico se ubica como un suplemento frente a lo que no funciona, si bien el desenganche se sitúa en la suspensión de un psicofármaco,

no se puede aclarar que lo engancha y hace desenganchar. Las sustancias lo estabilizan sin elaborar una suplencia eficaz. El lazo con el Otro es precario, su parasitismo es notable, vive a expensas del Otro, pero rompiendo con el Otro sin constituir un lazo consistente. La adicción se instala brutalmente en la pubertad adquiriendo ribetes suicidas.

### **6.1.5. Caso Gustavo. El pequeño Schreber.**

DIAGNÓSTICO según DSM IV.

Eje I: Trastorno psicótico no especificado. Eje II: Trastorno esquizofrénico. Antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Es detenido por solicitar dinero en los negocios de los alrededores donde vive, en la vía pública. Su reingreso se realiza por pedido del Juez ya que es refractario al tratamiento psiquiátrico, habiéndose fugado en reiteradas oportunidades del Hospital Borda.

Reseña clínica: Tiene 33 años y consume drogas desde los quince años, dice porque «me da energía, me hace bien, buena onda, en especial las *anfetetas*.» Ingresó sucio, desgarrado y evidentemente de malhumor. Él y su madre fueron abandonados por su padre biológico a meses de nacer; vivió con el apellido de su madre, de su padrastro y posteriormente en su adultez, reaparece su padre y le da su apellido. A partir de sus ocho años vivió esporádicamente en institutos debido a que su madre no lo podía sostener ni educar. Estaba viviendo en la calle, en un auto abandonado, ya hace bastante tiempo, ya que fue echado de la casa de su madre en sus momentos de «desenganche», donde cree que su madre lo quiere asesinar, debido a que él cambia su imagen, ya que le roban su cuerpo y se hacen pasar por él; son personalidades conocidas, famosos o simplemente vecinos. La abstinencia lo vuelve intratable, se pone eufórico, quiere besar a los entrevistadores, pide cigarrillos, deambula por consultorios a los gritos diciendo que quiere a todo el mundo. Sin embargo, un sufrimiento lo acosa y del cual no quiere decir ni palabra. «Lo violan de noche unos pibitos, lo maltratan, gozan de él por su ano; cuando se le señala que se puede defender afirma que «se lo hacen cuando está dormido». Su descompaginación imaginaria es notable: su cara no es de él, es de otro, de un ladrón que se llama Gómez, sus brazos están más cortos, dice que tiene dentro de sí «semen de pibitos», que también a él le roban a la noche su semen para fecundar a unas chicas que reproducen nuevos Gustavitos...

## COROLARIO

Creo que éste caso muestra claramente el uso de la droga para tener a raya el goce del Otro en sus variadas formas. Con sus efectos corporales, pareciese que se establece una suplencia en torno a ese consumo. El desenganche no se puede ubicar efectivamente, no hay producción de neologismos o trastornos del lenguaje, sí producción de un delirio polimorfo y sistematizado de temática sexual, a la manera de un «petit Schreber» en la medida de la creación de «pequeños Gustavitos» y los fenómenos corporales de empuje a la mujer: su inseminación, su embarazo.

## 7. Conclusiones.

En primer lugar, quisiera abordar las conclusiones desde el vínculo entre la medicina y el psicoanálisis en relación a esta articulación Psicosis y Toxicomanías. Creo poder afirmar que si bien operan sobre el mismo fenómeno, se trata de dos discursos diferentes con lógicas de abordajes distintas. Son dos paradigmas en cuya relación encontramos continuidades y discontinuidades, fracturas epistémicas que debemos tolerar si queremos avanzar en la mejora de nuestras correspondientes praxis. Por otro lado, sería injusto reducir la Psiquiatría a las prácticas actuales en base al comportamentalismo y a su Manual DSM-IV como vector de estas prácticas, ya que existe una rica experiencia y una fina clínica en torno a una psiquiatría dinámica más acorde a la estructura del sujeto.

En relación con el tema, la medicina considera dos enfermedades mentales a las que hay que afrontar y desplegar una cura, interviniendo doblemente sobre la psicosis y sobre el trastorno por el uso de sustancias, sin indagar en el papel del tóxico en la problemática abordada, que de por sí ya presenta complejidades y paradojas al encarar el problema con espíritu científico, desistiendo de la rapidez y eficiencia, tópicos más propicios para las elaboraciones y propuestas de los mercados.

Desde el abordaje psicoanalítico, el pensamiento de Jacques Lacan y sus seguidores aportan elementos novedosos y aggiornados para encarar estos casos difíciles; contar con sus operadores como el Nombre del padre, la noción de prepsicosis, permiten la elaboración del diagnóstico diferencial que sirva a la orientación de las curas.

Quiero resaltar que no se trata de desconsiderar o desvalorizar la utilización de los medicamentos para el tratamiento de algunos sujetos, pero sí es fundamental, proyectar, analizar y en algunos casos, tolerar las diferencias y trabajar con la interdisciplina, que redunde en mejor trato para los sujetos, para los pacientes.

Los interrogantes que surgían al comienzo se pudieron resolver atentos a las nuevas teorizaciones de la clínica del enganche-desenganche practicada por los continuadores de Jacques Lacan.

El presente trabajo de investigación resultó una puesta al día de conceptos fundamentales tales como:

La investigación y el papel de la *función del tóxico como categoría en la estructuración psicótica*, con las siguientes variables: no se pudo ubicar la función, suplencia, no suplencia y defensa.

El operador *Nombre del padre como regulador de la estructura*, funcionando o forcluído.

Significación privilegiada del *estudio de los síntomas* para la psicosis en este vínculo psicosis – toxicomanía, como fenómenos inherentes a un *goce deslocalizado en el cuerpo*. También para la abstinencia, la presencia de los fenómenos de franja, la perplejidad y los fenómenos elementales para las psicosis desencadenadas.

La existencia o no del *lazo social y sus variaciones*, que ayudan en un campo complejo como lo es la clínica en la postulación del *enganche –desenganche del Otro*.

La ausencia en los casos de psicosis y toxicomanía de vicisitudes de desencadenamiento en orden a un encuentro con la *noción de UN-Padre*.

Por todo lo señalado anteriormente, es fundamental en primer lugar, ubicar la función del tóxico en la estructura, no proponiendo de antemano la abstinencia de las sustancias; ya que si observamos las viñetas clínicas, en la mayor parte de los casos presentan la sustancia como elemento a través del cual el sujeto se detiene frente a lo que le provoca el deseo del Otro: con el uso de sustancias puede mantener a raya el Goce del Otro, que para un psicótico es la posibilidad del pasaje al acto o al desencadenamiento. La ruptura con el goce fálico está dada de antemano en las psicosis, y la sustancia es una precaria herramienta para tratar ciertos malestares del cuerpo que no llegan a desplegarse como una psicosis manifiesta.

Los psicóticos que consumen drogas ilícitas tienen un saber sobre las mismas, prefiriendo estas a las medicaciones psicofarmacológicas que se les suministran en los tratamientos psiquiátricos, ya que las rechazan por los síntomas secundarios que provocan. Con relación a la respuesta a la elección de un tóxico en desmendo de un medicamento, podemos agregar una elaboración actual que sigue los desarrollos de Regnault Francois en su texto «Dios es inconsciente», donde plantea el carácter heterogéneo del número, y en base al estudio del número uno, distingue el uno de la distribución y el uno de la totalidad. Sin profundizar esta propuesta, Regnault señala que la «doctrina del significante permite un progreso en esa discriminación, en la medida en que hace posible diferenciar el uno entre otros, propio del significante, del uno de la totalidad, imagen que nos es dada por la imagen del cuerpo» (Warjach, 2003:58).

Entonces, del cuerpo derivan todos los otros unos que proyectamos alrededor de nosotros, el mundo, el entorno, la sociedad, por la imagen narcisista se constituye el uno de la totalidad, la redondez del mundo, su buena forma y plenitud. Por este aporte al narcisismo el tóxico permite cerrar los bordes del cuerpo, instalando una especie de fascinación por ese objeto que suple una efracción libidinal que lo trastorne.

Los casos estudiados permiten pensar la posición ética necesaria de un psicoanalista frente al pedido de abstinencia por parte de familiares y allegados que no obligue a apresuramientos que, por rápidos, tengan efectos



catastróficos a nivel imaginario. La abstinencia es necesaria pero no suficiente, aunque remanido, lo importante y lo prudente es intentar y alentar al sujeto para que se comprometa en su cura.

Hacer posible una Ética del Psicoanálisis, ética del bien decir, que deberá renunciar a las promesas de «dejar la droga» para abrirse paso hacia los decires singulares que permitan la caída del obstáculo –droga, hacer de *dealer* de la palabra.



## Bibliografía

- AHUMADA, G. Y MIORIN, S. (2005): Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Nivel Medio. Buenos Aires, SEDRONAR.
- BACHELARD, G. (1995): *La formación del espíritu científico*. México, Siglo XXI Editores.
- BASILE, A. A. (2006). *Hacia una clasificación de las enfermedades mentales*. Disponible en: [www.aap.org.ar/publicaciones/forense](http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense).
- BENJAMIN, W. (1974): Haschisch. Madrid, Taurus.
- BERCHERIE, P. (1986): *Los fundamentos de la Clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires, Manantial.
- BETTA, J. (1967): *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires, Editorial Universitaria.
- CALABRESE, A. (2001): «Consumo o libertad». En *Encrucijadas*. Buenos Aires: UBA.
- ESCOHOTADO A. (1990). Historia de las drogas. Buenos Aires: Paidós.  
(1994) *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid, Alianza Editorial.
- ESCODERO, J. C. (2001): «La utilidad de los pobres». En: Revista de Ciencias Sociales Realidad Económica N° 180. Buenos Aires: Instituto Argentino para el Desarrollo Económico.
- EY, H., BERNARD P., BRISSET CH. (2000): *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Toray Masson.
- FLAHERTY J., CHANNON, R. Y OLSON, D. (1988): *Manual Clínico de Psiquiatría, diagnóstico y Terapia*. Barcelona, Editorial Panamericana.
- FLEISCHER, D. (2003). Variaciones. En No se conocía coca ni morfina. Configuraciones toxicómanas. Barbarosch A., Fleischer D., Warjach D. comp. Buenos Aires, Grama.  
(2004): *Clínica de las transformaciones familiares*. Buenos Aires, Grama.
- FOUCAULT, M. (1991): *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.  
(1992). Historia de la locura en la época clásica. Tomos I y II. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- FREDA, H. (1988): «Forclusión, acuñación y suplencia del Nombre del Padre». En In-dart J., De Santos C., Sawicke O. comp.: *Clínica diferencial de la psicosis*. Buenos Aires, Manantial.
- FREUD, S. (1884). «Uber Coca» disponible en versión digital en: [http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Freud\\_Sobre\\_coca.htm](http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Freud_Sobre_coca.htm)  
(1892-1899) (1991): «Fragmentos de la correspondencia con Fliess». En: *Obras Completas*. Tomo I Buenos Aires: Amorrortu.  
(1893)1991a: «Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas» En: *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu  
(1894) 1991b. «La neurastenia y la neurosis de angustia». En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.  
(1895) 1991c «Manuscrito G. Melancolía». En: *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu.

- (1895) 1991d. «Proyecto de Psicología para neurólogos». En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1897) 1991e. «Carta 79 del 22/12/1897. En *Obras Completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1898) 1991f «La sexualidad en la etiología de la neurosis» En: *Obras Completas*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1905) 1987.»El caso Dora» En: *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires, Amorrortu.
- (1909) 1989. Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En: *Obras Completas*. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1910-11). 1988. "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) autobiográficamente descripto. (Caso Schreber) En: *Obras Completas*, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1912) 1988a»Contribuciones al Simposio sobre el onanismo ». En: *Obras Completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1912) 1986. «Tótem y tabú». En: *Obras Completas*. Tomo XIII Buenos Aires: Amorrortu.
- (1917)1990. «Una dificultad del psicoanálisis» En: *Obras Completas*. Tomo XVII. Buenos Aires, Amorrortu.
- (1917) 1987a. 16° Conferencia «Psicoanálisis y Psiquiatría». En *Obras Completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1924) 1986a. «El sepultamiento del Complejo de Edipo» En: *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1924)1986b. «La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis». En: *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1925)1986c. «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos». En: *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1925)1986d. «La negación.» En: *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires, Amorrortu.
- (1930) 1986e. «El malestar en la cultura». En: *Obras Completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2005): *Correspondencia Freud-Abraham*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- GREEN, A. (2008): *De locuras privadas*. Buenos Aires: Paidós.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ- COLLADO, C. Y BAPTISTA L. (2008). Metodología de la investigación. Méjico: Mc Graw Hill.
- JURANVILLE A. (1996): *Lacan y la filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LACAN, J. (1959). «Clase 20» en el *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: versión mimeográfica.
- (1960) *Seminario La Transferencia*. Inédito. Buenos Aires: versión mimeográfica.
- (1967). Pequeño discurso a los Psiquiatras. Inédito. Buenos Aires: versión mimeográfica.
- (1985): *La familia*. Rosario, Axis: Rosario.

- (1988):«Conferencia en Ginebra sobre el síntoma». En: *Intervenciones y textos II*. Buenos Aires: Manantial.
- (1988a):«La Tercera». En: *Intervenciones y Textos II*. Buenos Aires: Manantial.
- (1988b) «Respuesta al comentario de Jean Hyppolite. En *Escritos I*. Buenos Aires: SigloXXI.
- (1990): *Seminario 7. La ética del psicoanálisis*. Clase 23. Buenos Aires: Paidós.
- (1991):«Psicoanálisis y medicina». En: *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires: Manantial.
- (1991a) «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la Psicosis». En: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- LE POULICHET, S. (1996): *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LAURENT, E. (1997):«Tres observaciones sobre la toxicomanía». En Sinatra,E;Sillitti,D. y Tarrab M. (comp.). *Sujeto, goce y modernidad*. Tomo II. Buenos Aires: Atuel.
- MALDAVSKY, D. (1992): «Sobre la relación entre psicosis y procesos tóxicos». En: *Rev. De Psicoanálisis*. Vol. XIV. N°20. Buenos Aires: APDeBA.
- MALEVAL, J. (1995): «Suplencia perversa en un sujeto psicótico». En: *La Cause freudienne. Revue de psychanalyse* N°31, París, Navarin-Seuil.
- (2002): *La forclusión del nombre del padre*. Buenos Aires: Paidós.
- MARTÍN DEL MORAL M. Y LORENZO P. (1998). «Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P., Ladero J.M., Laza J.C., Lizosoain I.(comp.) *Drogodependencia*. Madrid: Panamericana..
- MASOTTA, O. (1976): *Ensayos lacanianos*. Barcelona, Anagrama.
- MILLER, J. (2003): *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. ICBA.Buenos Aires: Paidós.
- (2005): *La Psicosis ordinaria*. ICBA.Buenos Aires: Paidós.
- MONGIN, O. (1991): *Desincorporación en Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- PICHOT, P., LÓPEZ IBOR ALIÑO, J.J., VALDÉS MIYAR M. (2004): *DSM-IV*. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.. Barcelona, Masson .
- PINEL P. e Itard, J. (1978): *El salvaje de Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el iluminismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- PLATÓN. (2003): *Fedón*. Trad. Luis Gil. Buenos Aires: Altamira.
- RICCOMBENE, N. (2013) «Reflexiones interdiscursivas sobre la construcción del objeto droga y sus consecuencias: una perspectiva psicoanalítica». *Revista del Instituto de Investigaciones en Psicología*. Año 18-N°3. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.
- ROSENFELD, D. (1976) *Clínica psicoanalítica. Estudios sobre drogadicción, psicosis, narcisismo*. Buenos Aires: Galerna.
- ROSENFELD, H. (1991) *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Lumen.
- SAN MOLINA L. (2004): *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- SCHREBER, D. (1978): *Memorias de un neurópata*. Buenos Aires: Ediciones Petrel.
- SOLER, C. (2005) *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Manantial.

WARJACH, D. (2003) «Configuraciones toxicómanas». En *No se conocía coca ni morfina. Configuraciones toxicómanas*. Barbarosch A., Fleischer D., Warjach D. comp. Buenos Aires: Grama

### **Diccionarios consultados:**

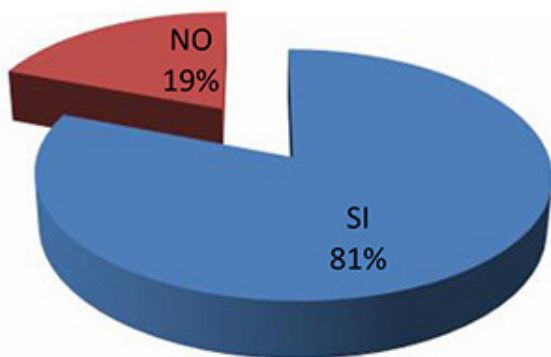
(1974): Diccionario KARTEN ilustrado. Buenos Aires: Karten.

## APÉNDICES

## Apéndice A

Consumo	
SI	186
NO	44
	230

Consumo



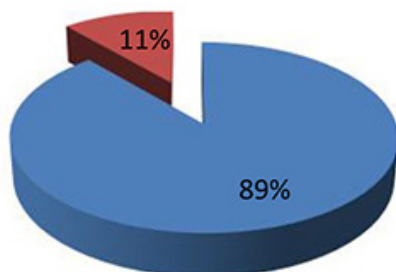


## Apéndice B

Psicosis y Toxicomanía	
Otros cuadros	165
Psicosis	21
	186

Psicosis Toxicomanía

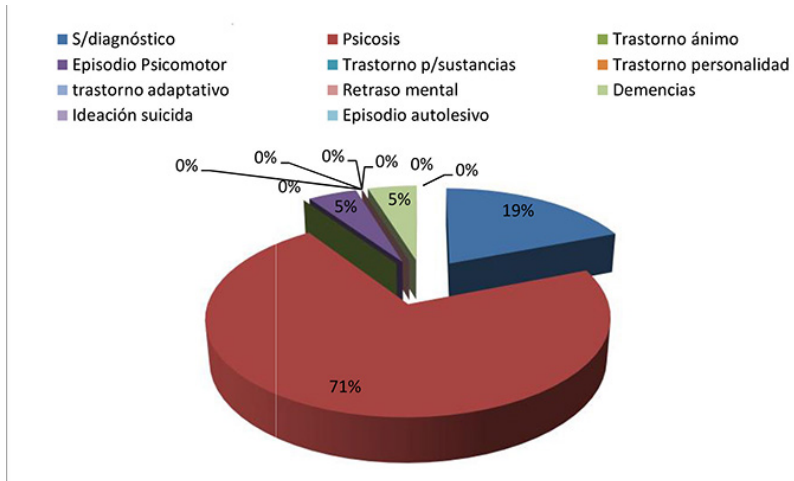
■ Otros cuadros ■ Psicosis



## Apéndice C

Diagnóstico ingreso	
S/diagnóstico	4
Psicosis	15
Trastorno ánimo	0
Episodio Psicomotor	1
Trastorno p/sustancias	0
Trastorno personalidad	0
trastorno adaptativo	0
Retraso mental	0
Demencias	1
Ideación suicida	0
Episodio autolesivo	0
Muestra	21

Diagnóstico de Ingreso SOE

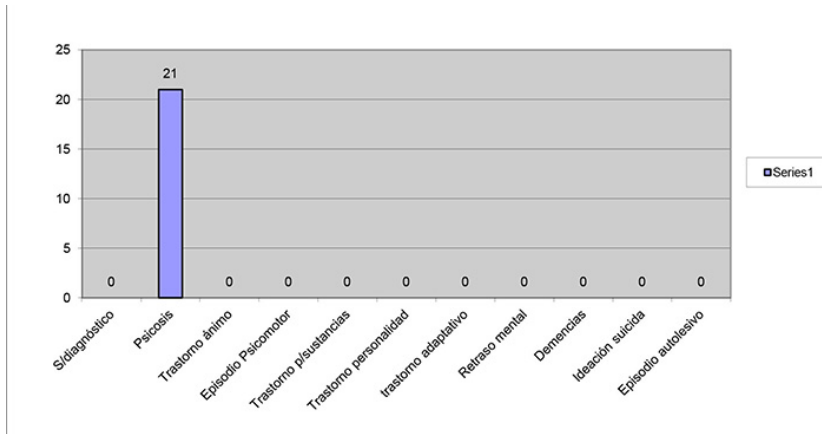


SOE: Servicio Orientación y Evaluación (Unidad 20)

## Apéndice D

Diagnóstico egreso	
S/diagnóstico	0
Psicosis	21
Trastorno ánimo	0
Episodio Psicomotor	0
Trastorno p/sustancias	0
Trastorno personalidad	0
trastorno adaptativo	0
Retraso mental	0
Demencias	0
Ideación suicida	0
Episodio autolesivo	0
	21

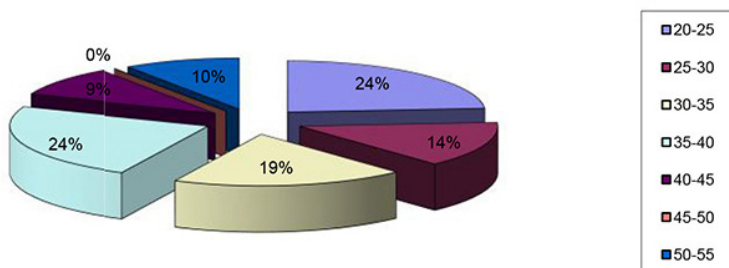
Diagnóstico egreso



## Apéndice E

Edades	
20-25	5
25-30	3
30-35	4
35-40	5
40-45	2
45-50	0
50-55	2
	21

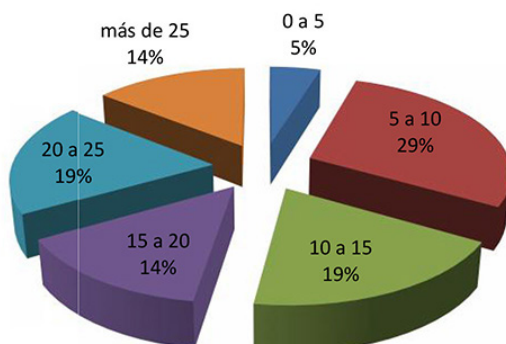
Edades



## Apéndice F

Tiempo de consumo en años	
0 a 5	1
5 a 10	6
10 a 15	4
15 a 20	3
20 a 25	4
más de 25	3
	21

Tiempo de consumo en años

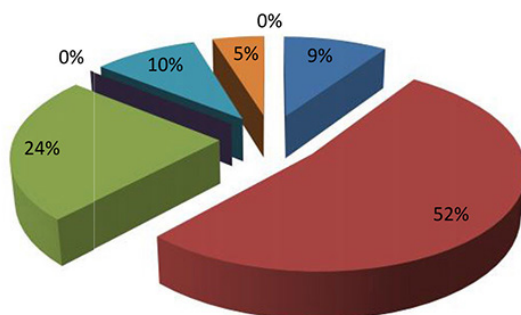


## Apéndice G

Edad de inicio en años	
0 a 10	2
10 a 15	11
15 a 20	5
20 a 25	0
25 a 30	2
30 a 35	1
más de 35	0
	21

Edad de inicio consumo

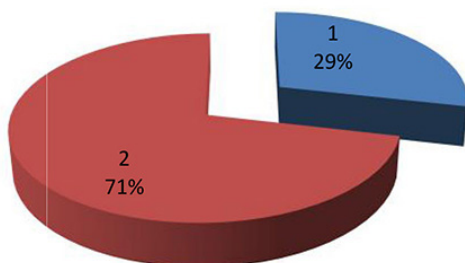
■ 0 a 10 ■ 10 a 15 ■ 15 a 20 ■ 20 a 25 ■ 25 a 30 ■ 30 a 35 ■ más de 35



## Apéndice H

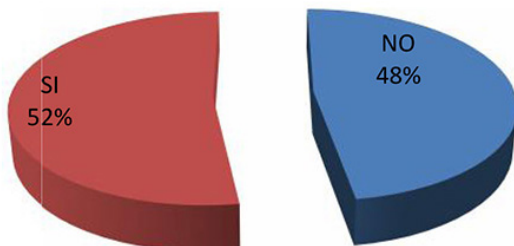
Antecedentes	
NO	6
SI	15
	21

Antecedentes psiquiátricos



Antecedentes Penales	
NO	10
SI	11
	21

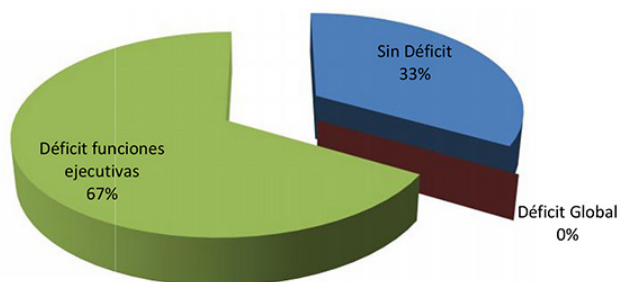
Antecedentes penales



## Apéndice I

Trastornos neurocognitivos	
Sin Déficit	7
Déficit Global	0
Déficit funciones ejecutivas	14
	21

Trastornos cognitivos

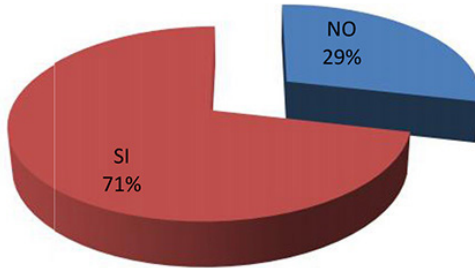




## Apéndice J

Grupo de apoyo	
NO	6
SI	15
	21

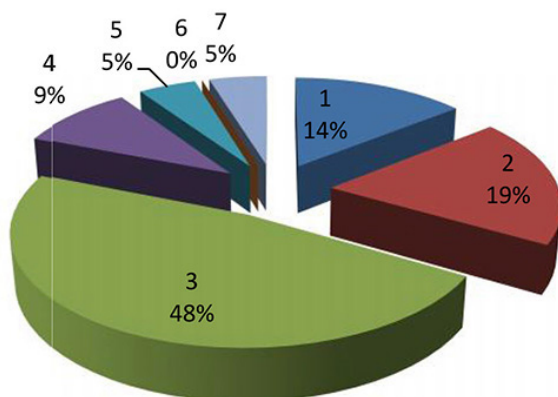
Grupo de apoyo



## Apéndice K

Educación	
Primario Inc.	3
Primario Compl.	4
Secund.Incomp.	10
Secundario Compl.	2
Terciarios	1
Universitarios	0
Sin datos	1
	21

Educación





**LA LOCURA EN LOS PARAÍOSOS ARTIFICIALES**

PSICOSIS Y TOXICOMANIA EN UN DIÁLOGO

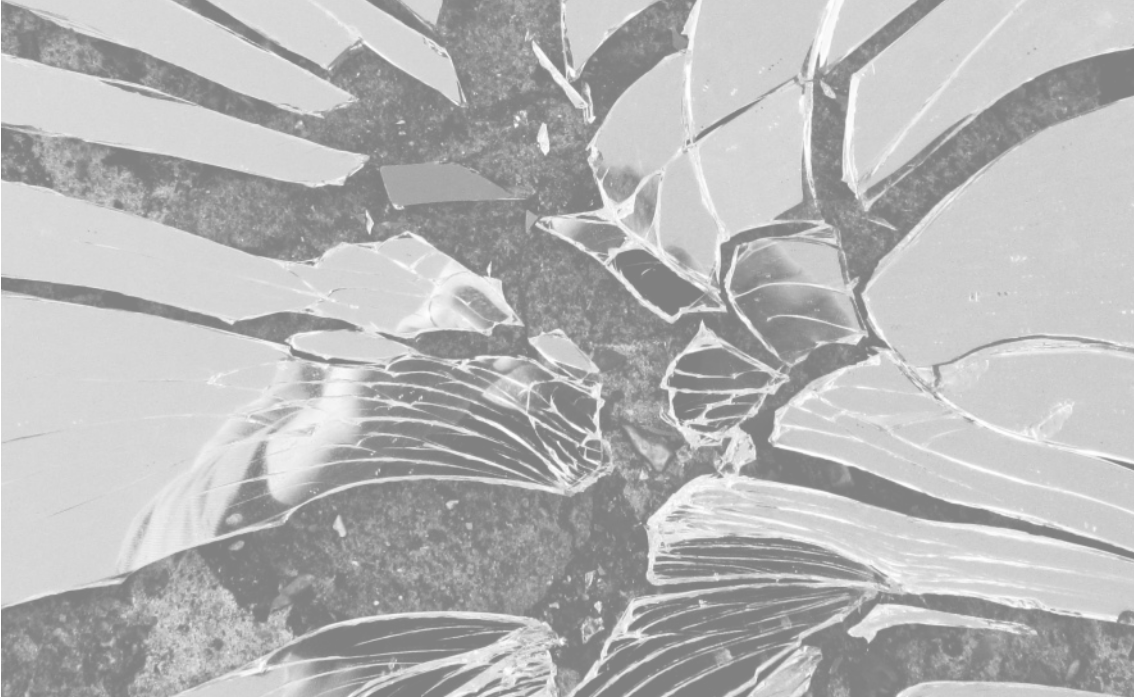
ENTRE LA LÓGICA CLASIFICATORIA

Y LA LÓGICA DEL SIGNIFICANTE

fue compuesto con tipografías Alegreya, Alegreya Sans,  
Alegreya SC y Liberation Sans Narrow.

Se editó en febrero de 2016

en el Departamento de Publicaciones-Editorial  
de la Universidad Nacional de Río Negro,  
República Argentina.



Norberto Salvador Riccombene nació en Buenos Aires, en 1961. Realizó estudios de grado y posgrado en la Universidad de Buenos Aires, logrando el título de magíster. Es psicoanalista y se ha desempeñado como profesor de Psicología en el nivel medio y superior. Entre sus áreas de interés se encuentran la clínica y la teoría psicoanalítica, la psicosis y la relación con las instituciones, el campo de las adicciones y su relación con la educación, los problemas en el área del aprendizaje y los estudios culturales.

Es docente en la Universidad Nacional de Río Negro en las carreras de Licenciatura en Educación, Licenciatura en Educación Primaria, Licenciatura en Nivel Inicial y Profesorado en Ciencias. Fue profesor en la diplomatura de Gestión Curricular de la Universidad Nacional de Tres de Febrero.

Además, ha trabajado en el ámbito de la clínica de las adicciones en comunidades terapéuticas con abordajes individuales, grupales y familiares. Y desde 1992 en el hospital José Tiburcio Borda, donde ha coordinado programas y grupos de prevención; actualmente es jefe de la Sección Psicología Departamental n.º 1.

Entre los años 2007 y 2009 colaboró como experto consultor en la elaboración y puesta en funcionamiento del Programa de Mejoramiento en la calidad de atención de los pacientes psiquiátricos en la Unidad 20 del Servicio Penitenciario Nacional.

Ha recibido becas, participó como miembro y coordinador de diversos proyectos; ha estado a cargo de acciones de extensión universitaria. También tiene publicados diversos trabajos relacionados con sus áreas de interés.

[nriccombene@unrn.edu.ar](mailto:nriccombene@unrn.edu.ar)

