

¿PATOLOGÍA DUAL O EXPERIENCIA DUAL?

Francisco Traver y Adolfo Santamaría

Consorcio Hospitalario de Castellón

La patología dual puede definirse como la yuxtaposición de una patología psiquiátrica con una adicción, esta es la definición operativa que damos los profesionales a un hecho por lo demás muy común en psiquiatría: **la comorbilidad**. Naturalmente la patología dual –como todas las conceptualizaciones en psiquiatría- dan origen a discrepancias y a disidencias: no todos los profesionales están de acuerdo en que la patología dual merezca un apartado o subespecialidad conceptual en nuestra disciplina, algunos - los más radicales- militan en contra de esta suposición en la creencia de que se trata de dos patologías distintas mientras que la mayoría de profesionales optan por ignorar el problema que subyace a esta proposición: la de tomar a parte la patología psiquiátrica y la adictiva cuando se presentan asociadas , -por otra parte quizá la combinación más grave- de las que presentan nuestros pacientes.

Y no es de extrañar que sea así puesto que la patología dual pone patas arriba múltiples paradigmas de nuestras clasificaciones y por otra parte plantea un problema epistemológico central en nuestra especialidad: si las enfermedades y trastornos psiquiátricos son entidades discretas –separadas unas de otras- con una historia natural distinta para cada entidad o si por el contrario emergen desde un fondo común y en forma de agregados psicopatológicos. Si las enfermedades mentales representan entidades discretas ¿cómo es posible que precisemos una nueva etiqueta para demarcar a aquellos pacientes que presentan al menos dos patologías psiquiátricas distintas?

La verdad es que en Psiquiatría existen no sólo una patología dual sino múltiples, la razón de estas asociaciones procede del hecho práctico de que precisamos echar mano del concepto de comorbilidad para dar cuenta de la psicopatología que presentan los pacientes reales. Distintos autores (Lopez Ibor 2004) han señalado con acierto que una de las causas de esta manía “comorbilizadora” de los clínicos procede de una sobrecarga de enfermedades y trastornos psiquiátricos en el eje 1, mientras que otros han apuntado a que las supuestas entidades discretas que conforman el eje 1 son en realidad constructos ideales que nada tienen que ver con la patología real que presentan los pacientes verdaderos, aunque la verdadero solapamiento entre entidades está producido por la coexistencia de trastornos en el eje 1 y el eje 2 dando lugar a una

polémica inacabable en torno a si los trastornos de personalidad son enfermedades o más bien desviaciones extremas de la personalidad, el debate desde luego no ha terminado y no es el propósito de los autores de este capítulo sino señalar que la “dualidad” de la patología dual no es ajena al debate entre ejes que mantienen – mantenemos los psiquiatras..

Nótese que en puridad un esquizofrénico que presentara adicciones diversas (cocaína, heroína, nicotina y cannabis) precisaría al menos de cinco diagnósticos operativos, uno por adicción cuando la practica real nos lleva a pensar que la adicción suele ser polisintomática, es decir el adicto suele ser un politoxicómano, sea o no esquizofrénico, lo que nos lleva a suponer un origen común más allá de los efectos psicofarmacológicos de cada droga en particular. Aunque seguramente esos cinco diagnósticos por separado no añadirían nada a la conceptualización de “politoxicómano” a secas.

La consecuencia práctica que tiene esta práctica operativa es que los trastornos atípicos son la regla en nuestras modernas nosologías lo que directamente apunta al corazón del problema: las clasificaciones operativas no corresponden a la realidad fenoménica de la patología mental sino que señalan hacia un deseo conceptualizador de tipo médico que a cada edición del DSM parece alejarse más y más de lo que acontece en la experiencia individual de pacientes que sufren y psiquiatras que observan.

Otros autores coinciden en señalar que las clasificaciones son ateóricas es decir que son simplemente síntomas agregados o listas de rasgos que parece que se presentan casi siempre juntos pero la verdadera razón de estas clasificaciones es su propósito normalizador en las distintas tendencias de nuestra especialidad, un artificio para ponerse de acuerdo en los diagnósticos y que estos puedan ejercer sus pretensiones de resultar criterios homogéneos para hacer posible la investigación y sobre todo de ponérselo fácil a la industria farmacéutica que necesita dianas terapéuticas para su proceder experimental..

Los que así piensan –sin embargo- tiran la piedra y poco después esconden la mano refugiándose de nuevo en su convicción de que la patología mental no puede constreñirse a entidades discretas –tal y como sucede en medicina- mientras que se adhieren públicamente a esas mismas entidades discretas en las que suponen se manifiesta el sufrimiento mental.

Lo que lleva de cabeza a la psiquiatría a un cierto nihilismo conceptual: Decimos creer en algo que hemos consensuado y que en realidad no creemos quizá porque

suponemos que estamos condenados a creer en ello. Nietzsche ya señaló en 1887 en “La Voluntad de poder” y de una manera profética (en relación con nuestro entorno cultural) que estamos condenados a creer en algo cuya falsedad reconocemos.

Una entidad discreta es algo que se manifiesta separadamente de otra cosa y que por lo general admite un trámite discontinuo y heurístico: para el médico general es necesario distinguir una apendicitis de una indigestión, no solamente porque cada una de estas enfermedades llevan a una práctica distinta sino porque es imposible que se manifiesten a la vez. De tal forma que el médico tendrá que anteponer un diagnóstico al otro eligiendo según su prioridad y pericia: la apendicitis tiene siempre un tratamiento urgente, mientras que la indigestión no requiere tratamiento alguno. El médico prioriza al mismo tiempo que distingue una patología de otra en su diagnóstico diferencial, es por eso que decimos que las patologías médicas representan enfermedades o entidades discretas, el modelo más aproximado a estas “entidades discretas” son por ejemplo las neuronas que estableciendo sinapsis entre si conducen a respuestas complejas.

Entidad discreta no significa que dos patologías no puedan darse concomitantemente sino que en la mente una cosa y otra -aun su opuesta- pueden ser verdaderas al mismo tiempo, todo pareciera indicar que en lo mental no rige el principio de contradicción que gobierna en lo físico. En la mente se pueden tener dos, tres y hasta cuatro síndromes distintos a la vez. Es como si las enfermedades mentales no representaran entidades discretas sino indiscretas, representan pues una continuidad.

Las enfermedades somáticas por el contrario representan discontinuidades entre unas y otras, parecen estar hablando de una discontinuidad, una separación., Las enfermedades o trastornos mentales no siguen por cierto esta dirección sino que emergen en agregados donde es muy complicado discernir que es causa y que es efecto aunque la psiquiatría ha construido –a través de la psicopatología- familias de parentescos sintomáticos: obsesivo, fóbico, paranoide, psicótico, histérico, etc.

Una de las razones para que las enfermedades mentales añadan esta complejidad es que hay que añadir la *physis* de la enfermedad a la *physis* del paciente que se manifestará con su propia naturaleza siguiendo la doctrina hipocrática: con un cuerpo de síntomas y signos diferentes a los de la otra patología.

En las relaciones entre psicosis y consumo de sustancias aun hoy existen discrepancias sobre qué cosa es causa y cual es efecto o sobre si pertenecen a una misma familia o no: desconocemos si es la disposición a la psicosis o si la psicosis es

consecuencia directa del abuso de determinadas drogas. Este discurso se encuentra en la práctica empantanado por dos razones:

- No sabemos en qué consiste ese constructo que define la vulnerabilidad a la psicosis.
- Tampoco sabemos por qué algunas drogas tienen un efecto tan perturbador – más allá de la adicción en sí misma- en unas personas y tan banal en otras.
- Por ultimo tampoco sabemos si la psicosis es la consecuencia directa de la droga sobre el cerebro o si por el contrario son dificultades en la elaboración de la experiencia dionisiaca las responsables de la psicotización del individuo.
- No disponemos de una tecnología predictiva que nos permita suponer como terminará un episodio agudo de carácter psicótico inducido por drogas.
- Las experiencias personales de personas normales con drogas han sido excluidas o ignoradas por el discurso científico.

Aunque todo parece funcionar así: por ejemplo en la experiencia cannábica es la experiencia la psicosis misma del mismo modo que la taquicardia es la angustia o el dolor es la melancolía.

Dice Merleau-Ponty que la ciencia manipula las cosas y luego evita habitarlas. Es verdad, cualquier saber sobre la mente debe pasar inevitablemente por la experiencia y la reflexión, razón y experiencia en solidaridad son los instrumentos que nos permitirán avanzar en eso que ha venido en llamarse “neurociencia” o “ciencias de la mente”. En este momento me gustaría hacer un pequeño recorrido histórico para ilustrar nuestros argumentos acerca de los agregados mentales en oposición a la teoría de las entidades discretas que son hegemónicas en nuestra especialidad al menos oficialmente.

¿QUÉ ES LA MENTE?

Las razones por las que las neurociencias no avanzan al mismo ritmo que la cardiología por ejemplo se encuentran no tanto en la complejidad del tema que estudian sino en los instrumentos que utilizamos para reflexionar sobre nuestra disciplina: las ciencias de la mente se encuentran efectivamente empantanadas históricamente de Descartes para acá.

Suele echársele toda la culpa a Descartes de las dificultades que encontramos en el estudio de la mente. Es instructivo leerse el libro de Antonio Damasio sobre el tema (El error de Descartes) para caer en la cuenta de que en la versión académica y oficial la culpa de todo la tiene aquel señor que vivió en el siglo XVII que fue el inventor de esa herejía que conocemos con el nombre de dualismo mente-cuerpo (o dualismo cartesiano).

En realidad Descartes no hizo nada malo sino asegurarse de que la Iglesia no iba a quemarlo vivo en la plaza del pueblo cuando aseguró que “lo que a nosotros los científicos nos interesa es el cuerpo mientras que el alma es cosa de los teólogos”. Hay que entender que en aquel tiempo alma y mente (de hecho la mente aun no existía sino la *res cogitans*) eran la misma cosa y lo que hizo Descartes fue desentenderse del alma (*res extensa*) para darle un impulso a la ciencia. Y tenía razón: si contemplamos históricamente el proceso de acumulación de saber veremos que gracias a la artimaña de Descartes las ciencias progresaron una barbaridad con la única excepción de eso que llamamos “ciencias de la mente”. ¿Por qué la mente – a pesar de ser un intangible como las ondas de radio- no es hoy algo tan bien conocida como el corazón, el hígado o la telefonía móvil? ¿A qué se debe que sigamos siendo casi analfabetos en esta cuestión?

Para responder a esta pregunta hay que irse un poco hacia atrás y recorrer el itinerario que la filosofía y el pensamiento occidental recorrieron en su búsqueda de paradigmas acerca de lo mental para terminar en el momento actual en que existe un consenso universal acerca de lo siguiente: el dualismo cartesiano es falso (Kendler 2005).

Lo que quiere decir que no hay dos principios (mente y cerebro) sino uno.

Una afirmación que al mismo tiempo no trasciende aquello que pretende sepultar para siempre. Dicho de otra manera los neurocientíficos actuales reniegan del dualismo científico pero caen en el mismo error que Husserl pero del lado contrario: reniegan de lo mental (del idealismo) para alinearse del lado de lo corporal (reduccionismo).

El dualismo cartesiano pues sigue vigente pese a todas las declaraciones sobre su falsedad. Es natural, al fin y al cabo tenemos una tradición científica detrás que nos empuja en esa dirección, pero sobre todo tenemos un obstáculo importante que salvar:

nuestro cerebro está diseñado para percibir y conceptualizar la realidad de un modo categórico, es decir dual.

Husserl había sido discípulo de Franz Brentano que ha pasado a la historia de la neurofilosofía porque intuyó que los hechos mentales poseían una intencionalidad y eran al mismo tiempo representacionales (algo que ya había dicho Shopenhauer por cierto). Cualquier hecho mental, cognición, sueños, juicios, emociones, etc, son de y acerca de algo, poseen una dirección: constituirse en elementos intencionales. Pocos neurocientíficos hoy se pondrían en contra de esa idea, algunos de ellos como Dennet - desde una posición cibernética- siguen postulando y definiendo a la mente como una “maquina intencional“, desde la conocida metáfora del ordenador. Husserl trató de explicarse mejor en que consistía esa “intencionalidad” e introdujo un método que llamó *epoché*, algo así como poner entre paréntesis los juicios vulgares acerca del mundo (el realismo ingenuo), la *epoché* era una especie de suspensión del juicio que nos permitía mirar objetivamente al mundo sensible, inaugurando así la fenomenología: el estudio de los fenómenos observables pero abstrayendo la cuestión del objeto observado, algo así como un método para que la mente se observe a sí misma. Desde entonces ciencia y experiencia se encuentran en un pleito casi continuo y no ha habido manera de romper ese divorcio entre ambas fuentes de información igualmentepreciadas.

La fenomenología murió por un exceso de abstracción en proporción con la carencia de un método para que la mente se observara a sí misma de una forma fiable y por eso dio paso a dos nuevos movimientos: el existencialismo –una forma de nihilismo- que fue letal para la ciencias de la mente y el psicoanálisis que si bien nunca encajó con la corriente neurocientífica de su tiempo, al menos rescató partes de la subjetividad humanas ya bien definidas por la experiencia husserliana. Ya nunca más se podría obviar esta parte de lo humano: su narrativa, aunque es cierto que el psicoanálisis tampoco logró hacer mella en la reflexión científica de su tiempo y terminó igual que la fenomenología empantanado en su propia conceptualización de lo psíquico.

Hay dos enseñanzas del psicoanálisis - no obstante- que consideramos dignas por mérito propio de ser rescatadas: la idea del inconsciente (que hoy no niega nadie por más que el inconsciente freudiano no es el mismo inconsciente en el que creen los

neurobiólogos o los cognitivistas) y la idea de escucha. Efectivamente, escuchar a los pacientes es una idea del psicoanálisis, nunca nadie antes había escuchado a los locos puesto que se pensaba que en la locura no podía haber ningún saber, ninguna verdad, se trataba solo de despropósitos causados por desarreglos cerebrales. Fueron los psicoanalistas los primeros en sentarse a escuchar las historias que contaban sus pacientes y a concederles crédito o al menos algún tipo de saber relacionado con su enfermedad. Para ser justos hay que admitir al psicoanálisis ese hito sin el cual no podríamos hablar de conflictos entre ciencia y experiencia, entre reflexión y subjetividad. El problema del psicoanálisis como antes ya había sucedido con Husserl es que terminó tomando posición del lado de la experiencia pero añadiendo una novedad: la escucha del psicoanálisis no es una escucha cualquiera sino una escucha que se hace desde dentro de un nivel contextual de escucha que trata de encajar el discurso del paciente con la propia teoría psicoanalítica. Este es precisamente su error pues cualquier discurso puede encajarse en un contexto predeterminado y lo que hace que el psicoanálisis no haya resuelto tampoco el tema de la disociación entre observador/observado, el eterno conflicto de la mente. ¿Desde donde observa el observador? Pues naturalmente desde su prejuicio conceptual.

Y así fue hasta que llegó Merleau-Ponty otro fenomenólogo reciclado por Heidegger que introdujo una nueva vuelta de tuerca a la idea de la experiencia husserliana: la novedad que introdujo el filósofo francés fue la idea de la corporalidad, una idea que también había aparecido ya en Shopenhauer quien creyó resolver el dilema del *noumeno* kantiano mediante su exposición del cuerpo como mediador entre lo fenoménico y la “Cosa en sí”.

. Para Merleau-Ponty hay dos clases de cuerpo: el biológico y el fenomenológico, el cuerpo vivido. Se trata de un concepto fundamental sin el que no podríamos hoy comprender la experiencia perceptiva de las anoréxicas y sus distorsiones del esquema corporal tal y como hoy llamamos al cuerpo fenomenológico de Merleau- Ponty que luego conocimos mejor gracias a un psicoanalista de la talla de Schilder. Pero este filósofo además de esta conceptualización acerca del cuerpo aportó una novedad sobre el proceso cognitivo que debe seguir la mente para saber algo de sí misma. Ningún conocimiento acerca de la mente puede prescindir de la corporalidad, de la corporalidad vivida o experiencial. Este fue el diagnóstico de Merleau-Ponty a los problemas que abruman a nuestros neurocientíficos y una solución apuntada al eterno conflicto mente-cuerpo.

Efectivamente el problema mente-cuerpo es sólo un problema teórico que planteado en abstracto parece insoluble y da lugar a teorías, experimentos y discursos, como este capítulo que sigue siendo - no obstante- abstracto, en realidad mente y cuerpo o mente y cerebro no representan ningún problema real en la vida sensible de los humanos que seguimos llorando por aquello que nos hace llorar y emocionándonos por aquello que nos hace emocionarnos con independencia de problemas mente-cerebro.

De manera que siguiendo el principio antrópico de Hawking, podríamos responder a la pregunta que titula este epígrafe de la manera siguiente: la mente es aquello que es necesario para preguntarse qué es la mente.

No se trata de una broma sino de la esencia de la cuestión: si podemos preguntarnos acerca de qué cosa es una mente es porque disponemos de una mente que puede plantearse ese tipo de preguntas. O dicho de otra manera no lograremos nunca saber qué es la mente desde fuera de la experiencia humana: la mente no se dejará atrapar mediante conceptualizaciones científicas y apenas nos dispongamos a hacerlo se desvanecerá.

¿Pero entonces dónde encontrar la tecnología necesaria para aproximarnos a esa respuesta?

No hay más remedio -mal que les pese a algunos- que buscar esa tecnología en las llamadas tecnologías espirituales orientales, en el budismo, pues fueron ellos los primeros que intentaron dar una respuesta a esta cuestión. Al menos en aquellas tecnologías que tienen una vertiente cognitiva dejando de lado sus aspectos esotéricos o espirituales.

Nosotros hemos occidentalizado algunas de esas tecnologías y conceptos y les llamamos *mindfulness* y *awareness* (presencia plena/conciencia abierta), tal y como las tradujo Varela. Es precisamente esta conceptualización la única tecnología conocida capaz de proporcionar esa herramienta tan necesaria para que ciencia y experiencia vuelvan a estar casadas y en buena armonía. La otra es sin duda el psicoanálisis, aquella traducción de escucha paciente y silenciosa que entronca con aquello de wittgensteniano que existe en el hombre: lo que no podemos decir.

LA VIDA DESBORDA AL CUERPO¹

¹ Título tomado de **Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo.** de Miller, J.A.

El encuentro entre Psicosis y Adicción (toxicomanías, drogodependencias, conductas adictivas) creemos que es posible calificarlo de auténtico problema clínico. De entrada es un acontecimiento que nos posibilita situarnos en el corazón mismo de una paradoja vital, aquella que sitúa el uso de drogas como fuente de todo sufrimiento y a la vez de todo remedio. En este sentido hay que referirse al título de nuestro trabajo: patología o experiencia.

La experiencia enfatiza en lo que envuelve lo subjetivo en tanto que particular y que a su vez pone en cuestión la generalización que supone tomar este problema clínico del lado de las categorías diagnósticas como forma de constituir un lenguaje inequívoco que aborde esta modalidad de uso de drogas.

Desde la psiquiatría biológica como desde el psicoanálisis se detectó la existencia de esta asociación, uso de drogas y patología mental, pero como ya señalábamos al inicio del capítulo este vínculo mismo se constituye en problema porque no hay una doctrina concluyente en ninguna de estas dos áreas de conocimiento que nos asegure alguna certeza en el ámbito de la causalidad.

Estas dificultades conceptuales autorizan a tomar este problema clínico de forma independiente, lo que nos facilitará la comprensión de cómo diferentes modos de satisfacción, por muy paradójica que resulte, se encuentran al servicio de esa dualidad existente entre vida y cuerpo. Dualidad que por otra parte, como ya hemos señalado, estuvo y está al servicio de una ciencia desacralizada, laica, que se interroga por los objetos, que en la actualidad pueden denominarse de consumo y que funcionan como velo o señuelo, velando esa dualidad.

El problema clínico se constituye como tal no sólo a nivel de su conceptualización y teorización, sino también a partir de la propia práctica clínica. En el seno de la comunidad científica tanto psiquiátrica como psicoanalítica se generan múltiples malestares que se insertan en la propia atención clínica de estos pacientes.

¿Por qué este malestar ante un sujeto psicótico que presenta una dependencia? O bien ¿por qué este malestar ante un drogodependiente que inesperadamente se presenta y muestra síntomas que podemos situarlos en la categoría de la psicosis? Ante estas situaciones clínicas, a las que finalmente tendremos que responder como profesionales de las adicciones, se plantea la pregunta de ¿cómo maniobrar? ¿qué posición debemos adoptar, qué estrategia clínica es posible adoptar?.

Estas líneas nos conducen a un interrogante de mayor amplitud: ¿Es posible aplicar el psicoanálisis al campo de las toxicomanías?. Si tomamos alguno de los

grandes manuales de psiquiatría vemos como el psicoanálisis está contraindicado, precisamente, en el abordaje terapéutico de las drogodependencias. También el psicoanálisis, desde Freud planteó dificultades para tomar a un drogodependiente o a un psicótico en análisis. Sin embargo, uno de los puntos nodales del “retorno a Freud” propuesto por Lacan es, precisamente, como dar una respuesta a la cuestión de la psicosis. En esta respuesta se toman en cuenta las diferencias esenciales entre lo que sería un análisis en un sujeto neurótico y en un sujeto psicótico. Nosotros nos referiremos a esta cuestión más adelante.

Llama la atención como disciplinas distintas al psicoanálisis se pronuncian sobre los criterios de analizabilidad de un sujeto que en su estructura psíquica responde a una psicosis. Es seguro que estos criterios competen dirimirlos al psicoanálisis y a los propios psicoanalistas, quienes desde una posición ética deben responder a esa posibilidad. Pero fue desde el propio psicoanálisis y de sus practicantes desde donde se introdujo este concepto “criterios de analizabilidad” que aplicado al campo de la psicosis y las dependencias dejaba en fuera de catálogo cualquier intervención psicoanalítica al respecto.

Como concepto no es introducido por el propio Freud, es un concepto introducido por los que han sido denominados postfreudiano que muchas veces hicieron una lectura, podemos decir, muy contra-transferencial de la cuestión.

¿Qué quiere decir esto? Que excluían y excluyen la posibilidad de un análisis porque la transferencia que los psicóticos, los toxicómanos, los psicóticos toxicómanos, o los toxicómanos psicóticos presentan no se adecua al estándar transferencial que ellos sostienen, basado fundamentalmente en la creencia que es posible operar una cura en base a lo que se ha denominado la identificación con el psicoanalista; se trata para el analizante de adoptar “el buen modo de aparecer, hacer y concebir del propio analista”. Es decir, no son analizables porque estos pacientes no son capaces de adoptar el ideal que aquellos analistas sostienen.

Por esta razón nos referíamos a que lo que aquellos llaman criterios de analizabilidad, sólo compete a los psicoanalistas, no porque ellos sean los que saben lo que hay que hacer sino porque es precisamente, desde una posición ética que toma su base en un cierto des-alajo de la posición de saber desde donde puede responderse.

¿Por qué? ¿Qué posición ética es esta que propone una posición del analista donde hay un vaciamiento de saber, donde el analista se muestra en algún modo ignorante?

Es una posición que hace posible un lugar, que estará delimitado por unas coordenadas de tiempo y espacio, donde será posible que algo del aparecer, concebir o hacer del propio sujeto sufriente pueda mostrarse. Mirar desde el psicoanálisis de orientación el campo de la dependencia a las drogas y de su asociación con un sujeto que presenta síntomas no nos sitúa en el terreno de lo que se denomina psicoanálisis puro, se trata más bien de una concepción actual de psicoanálisis aplicado que responde a la toma de posición de los propios psicoanalistas que ya no conciben mas su presencia en lo social como cuerpos extraños alojados en sus gabinetes. Ahora, en este inicio de siglo, compete a los psicoanalistas como a todos aquellos profesionales del mundo psi esgrimir algún tipo de acción que nos sitúe en las proximidades de los campos a los que nos estamos refiriendo y que en la actualidad albergan a multitud de sujetos que – pathos- padecen esa satisfacción paradójica que supone el goce mortífero del uso de drogas.

Así las cosas, se advierte que la posición del psicoanálisis en los albores del siglo XXI dista de la forma canónica que se alimenta del tópico o de lo curioso de ciertos elementos que aquellos, que anclados en un modo de concebir el psicoanálisis situado a mediados del siglo pasado, denominaron encuadre. Ya no se trata de esto; nos interesa abordar las toxicomanías y la patología mental desde el discurso, entendido como el lazo o vínculo que el sujeto establece con ese otro que no es él y que, a su vez, lo conduce a explorar lo que el mismo sujeto sea. El lenguaje es pues la herramienta fundamental de este modo de abordaje; lenguaje que se constituye, entonces, en el campo del Otro y en tanto, que supuesto por el sujeto, conforma lo que entendemos como hipótesis del inconsciente.

Vamos a detenernos a continuación a algunos conceptos de interés que permitan comprender cuales son los ejes que hacen posible una mirada hacia los sujetos toxicómanos afectos de sintomatología psicótica desde una perspectiva psicoanalítica.

Esta perspectiva está alejada de una concepción donde el analista tuviera una **posición oracular** presto a interpretar cualquier palabra que saliera de la boca del paciente con el fin de aislar, lo que algunos creen como trauma psíquico.

No hay trauma, entendido como acontecimiento determinante en el sentido, por ejemplo, de causa infecciosa que explique una enfermedad. Pero vaya por delante que si hay algo traumático que afecta al sujeto es su propio ser de lenguaje que se encuentra ubicado entre dos principios que nunca le abandonarán: el principio del placer y el principio de realidad, una escisión primigenia que parte precisamente del hecho de que

el cuerpo es algo que se es al mismo tiempo que es algo que se tiene, es decir una entidad autoreferencial que es al mismo tiempo identidad y sensación. Hacer de estos dos principios una relación proporcionada, es el imposible al que como sujetos nos intentamos aproximar. Como efecto de esta imposibilidad tendremos siempre la emergencia del síntoma.

Desde hace mucho tiempo hemos pensado que cierto **método o procedimiento** formal en la atención de drogodependientes hace posible un funcionamiento. No se trata de establecer una metodología estandarizada de atención que se constituya como un programa por el que todos debieran pasar; esto no hace obstáculo para que nos sea posible trabajar con los pacientes que se encuentran incluidos en los diferentes “programas”.

Se trata de habilitar, por decirlo de este modo, un procedimiento donde la forma esté determinada por los contenidos, y donde debemos tener presente que, en tanto que oferta terapéutica debemos estar prestos a recibir demandas de tratamiento.

Los contenidos vendrán a constituirse en DEMANDA, y la forma tomará el aspecto de la OFERTA. Sin embargo, hay algo que aparece como contradictorio a la propia orientación analítica: lo que se pudiera ofertar como terapéutico no es posible formularlo en un a priori es preciso ubicar en primer término cuál es el lugar de la demanda.

De esta manera, la oferta no es de programa, la oferta se constituye como un modo de habilitar un **lugar** a la palabra, al lenguaje y al discurso de quien se dice de sí mismo que no sólo es dependiente de una droga o varias drogas, sino también que desde la negatividad, el mutismo, el delirio, la alucinación o la oposición hacen del síntoma un modo de demanda por la que se vincula al Otro social.

El psicoanálisis desde sus inicios ha promovido un modo de hacer donde el eje central de su trabajo toma el sesgo de lo particular, es por ello que no hacemos estadísticas, lo que sin embargo, no impide que tomemos las cosas en una serie – además de en serio- no de continuidades uniformadoras, sino en una serie de lo que hemos venido denominando Caso por Caso. Cada caso, cada paciente es uno y único, pues aunque, a veces, los pacientes parecen cortados por el mismo patrón – monotonía- y ello nos conduzca a nombrarlos como: los alcohólicos, los toxicómanos, los cocainómanos, etc. No es posible olvidar que:

El vínculo entre quien dice que utiliza “drogas” y “la o las drogas” que utiliza cumple una función particular y propia en la economía del sujeto. La posibilidad de

delimitar y ubicar ésta función es la que tendrá que ser delimitada a lo largo del tratamiento.

Apostar por una clínica del caso por caso es proponer una orientación donde cada caso se plantea como nuevo y donde nosotros como psicoanalistas pondremos entre paréntesis nuestro saber o nuestros conocimientos. No se trata de anticipar de nuestra parte un saber y una orientación, se trata de poner en marcha el aforismo: “sólo sé en la medida en que me hables y callaré en la medida que sepas”.

Esta posición y concepción del psicoanálisis aplicado no es sin consecuencias, en este sentido la apuesta de intervención sobre estos sujetos incluye un doble sentido: por una parte establecer las condiciones necesarias para hacer posible, por otra parte, el tratamiento de estos sujetos. Hay una cuestión preliminar a todo tratamiento posible, que se orienta por los siguientes momentos:

Proponer al sujeto un lugar preeminente: el lugar de la palabra. Lo que otorga a la palabra un valor, frente a la degradación de la palabra que se ejemplifica en el toxicómano siempre miente, o bien, ¿le ha contado todo?, o ¿le ha dicho la verdad? Conceder valor a la palabra que sale de la boca del que viene a hablarnos es capital – no importa si es verdad o mentira, si es realidad o fantasía – este valor tiene otro añadido: la introducción del sujeto en la responsabilidad de su decir. Ya veremos como el psicoanálisis no es una clínica de hechos, sino una clínica de dichos.

El efecto más plausible que se produce de entrada es la no dirección de conciencia, la moralización y por tanto la no sanción de un modo de hacer. Se trata de obtener de algún modo un efecto sorpresa, que nos ponga a resguardo de lo que apuntaba como monotonía. La escucha no implica que nos ubiquemos en el interior de un silencio plomizo.

La escucha que propone el psicoanálisis a los terapeutas, a los psicoanalistas, es una escucha activa. Freud la definía como una escucha basada en una **atención flotante**. Aquella que está presta a preguntar, a preguntarse sobre lo escuchado, y a captar aquello que aparece como una falla o un tropiezo del discurso es ahí donde podemos localizar algo de la función inconsciente.

No se trata de otra cosa que dar una oportunidad a la transferencia, ya sea en la modalidad simbólica de una suposición de saber o en la modalidad imaginaria del sujeto supuesto del interés.

De este modo, entonces, nos tenemos que plantear cómo tomar a cada uno de aquellos que acuden a los recursos clínicos y terapéuticos; tenemos que plantearnos el

cómo hacer. Entramos de este modo en lo que Miller, J.A. plantea en su texto Introducción a un discurso del método psicoanalítico.

El título que Miller, J.A. da a su libro no es casual ni azaroso, no se trata únicamente de un **método**, se trata de algo mas, que siguiendo la línea de trabajo que el propio Jacques Lacan abrió en su “retorno a Freud” ubica al psicoanálisis en sus verdaderos antecedentes. Hacer una introducción a un **discurso del método** psicoanalítico nos sitúa en nuestros antecedentes cartesianos, y por ende, en el interior mismo de la ciencia. El psicoanálisis no hubiera podido ser sin los antecedentes de la modernidad filosófica. No es el momento de detenernos en ello, pero tomamos a Freud, por ejemplo “Malestar en la Cultura”, o toman algunos de los Seminarios o Escritos de Lacan, podrán observar como ambas obras atraviesan no solo a Descartes, sino también a Kant y otros filósofos de la modernidad.

¿Por qué es importante la referencia filosófica del psicoanálisis? Porque el psicoanálisis se desmarca de cualquier **ontología**. Cuando decimos que el psicoanálisis tiene entre sus conceptos fundamentales el **inconsciente** –además de repetición, transferencia y pulsión - no nos referimos a un inconsciente entendido como un reservorio de ideas, donde una idea se constituya en eje rector de nuestros actos, eso sería religión. Aquí es donde la referencia cartesiana es fundamental.

Seguro que recuerdan esa tesis fundamental del **Discurso del Método** de Descartes: “Pienso, luego (soy) existo”. Pues bien, para arribar a esa conclusión, Descartes sólo puede constituir a partir de la duda, del hecho de que duda, su propia existencia. El ser no es subsidiario de que hoy, por ejemplo, estemos aquí, ya que como dice Descartes, podríamos estar soñando. El ser es hijo de la duda, y es la duda lo único que confiere certeza al ser.

Pues bien, es esta estructura que se ejemplifica en la duda la que toma el psicoanálisis – de Lacan - como uno de los modos de entender el inconsciente. No tanto, porque el inconsciente sea duda, sino porque es la propia duda, y no ningún pensamiento concreto, la que constituye el sujeto del inconsciente, donde lo inconsciente se considera como no realizado. No realizado porque “sólo soy donde dudo, donde no tengo ninguna determinación de mi ser”; así el inconsciente y el sujeto que de él se desprende están constituidos por un “agujero”, por un “vacío”, por una “falla”, por una “falta”.

Pensar esta referencia es útil para desalojar de nosotros la idea de que de lo que se trata en psicoanálisis es tan sólo recuperar un recuerdo oculto, que como si de un

centro director se tratara dirigiera nuestros actos. Si eso fuera de ese modo ¿Dónde quedaría la responsabilidad de nuestros actos?

Volvamos, después de este paréntesis, a lo que nos ocupa, a la cuestión del método.

Primero vamos a detenernos en una cuestión terminológica, que por ser terminológica no es menor. Me refiero al modo en como nombramos nuestro campo de trabajo, porque la nominación de lo que nos ocupamos nos ajena al trayecto que hay que recorrer para dar forma a la posición que el psicoanálisis propone. Cuando nos referimos a nuestro campo lo nombramos de diferentes modos, que en principio son sinónimos, y por tanto intercambiables. Así podemos emplear de modo indistinto: ADICCIÓN, TOXICOMANÍA, DROGODEPENDENCIA y/o CONDUCTA ADICTIVA.

A primera vista creo que se ha producido una reducción del campo semántico y de significación, una especie de economización hacia lo que podríamos denominar conducta observable.

Pero creo que no debemos desaprovechar lo que podemos extraer de las palabras con que designamos a las cosas. No se trata de interpretar, se trata de tomar de acercarnos al significado de los términos que utilizamos, así tenemos² :

A (partícula negativa) **Dicción** (tomado del lat. dictio, “acción de decir” “discurso” “modo de expresión”).

TOXICO (tósigo: “veneno”) **tóxico pharmakon** (“veneno – medicamento).

DROGODEPENDENCIA: Droga (“palabra internacional de historia oscura, que en castellano procede del Norte, probablemente de Francia. El origen último es incierto; quizá sea primitiva la acepción ‘ cosa de mala calidad’, S. XV, y proceda de la palabra céltica que significa ‘malo’ (bret. Droug, galés. Drwg, irl. Droch), que se habría aplicado a las sustancias químicas y a las mercancías ultramarinas, por el mal gusto de aquellas y por la desconfianza con que el pueblo mira a toda clase de drogas.

Quizá estas etimologías permitan ciertas sugerencias con respecto a aquello que apuntaba anteriormente con respecto a lo que hemos denominado como función de la droga en la economía del sujeto.

Cuando nos referimos a la práctica del uso de drogas como Adicción, al hilo de la etimología, podemos inferir una práctica que queda al margen del decir y del

² **Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española** de Joan Corominas.

discurso. Creo que todos aquellos que hayan tenido la oportunidad de escuchar a un adicto habrán verificado la monotonía de un discurso y de una práctica que se caracteriza por la repetición insistente: no hay otro discurso que lo que gira alrededor de la sustancia.

También, cuando nombramos la práctica del uso de drogas como drogodependencia siempre nos hemos referido a la práctica de sujetos con sustancias ilegales, y son ilegales porque son extrañas o extranjeras o ajenas.

Pero quizá, la acepción que, probablemente más nos oriente, es la acepción de tóxico-manía, donde se conjuga la acepción de tóxico, en tanto que “veneno” pero un veneno que puede ser paradójico, pues pudiera ser *pharmakon*, esto es, “medicamento”. ¿Y la partícula **manía**? Ésta es tomada del griego significando “locura”.

Con el término **toxicomanía**, a la vista de la etimología encontrada podemos especular, incluso podemos jugar con el lenguaje, e incluso plantear hipótesis entorno a la práctica “excesiva y regular” del uso de drogas³.

Cabe plantear una tesis ya introducida por Freud⁴ en 1.929, El uso excesivo y regular de drogas es un modo de tratamiento que un individuo se auto - administra con intención curativa.

Freud nos introduce en un término muy amplio, la felicidad, y hace una afirmación que pasa, siempre, desapercibida o de modo intencional es velada:

El designio de ser felices que nos impone el principio del placer es irrealizable. Nunca fue optimista con el destino último del hombre, sin embargo, prosigue: Más no por ello se debe –ni se puede- abandonar los esfuerzos por acercarse a cualquier modo de realización.

Da la impresión en estas últimas líneas que en Freud se decante cierto imperativo – no... se debe-, o por cierta imposibilidad – ni se puede - que de alguna forma no deja al ser humano otro camino que pugnar por la realización del principio del placer. Pero, quizá, lo más destacable son las palabras finales al apuntar que el sujeto en esta tendencia no es ajeno a cualquier modo de realización. Es como si esta realización del principio del placer se tuviera que realizar aun a costa del propio sujeto que se encuentra de este modo entre Scylla y Caribdis.

³ A. Fernández. *Alcoholdependencia*. Ed. Pirámide.

⁴ S. Freud. *El malestar en la cultura*. Biblioteca Nueva. p. 3.018-3.067 p. 3029, p. 3030 y nota 1695.

Contra el temible mundo exterior sólo puede uno defenderse mediante una forma cualquiera de alejamiento si pretende solucionar este problema para sí. Existe, desde luego, otro camino mejor: pasar por el ataque a la Naturaleza y someterla a la voluntad del hombre, como miembro de la comunidad humana, empleando la técnica dirigida por la ciencia; así se trabaja con todos por el bienestar de todos.⁵

La posición de Freud no es ajena, de entrada, al camino de cierta “Ilustración” aunque siempre fue un crítico de la modernidad por los costes que esta tuvo para el sujeto que el proponía afectado de una realidad psíquica inconsciente. Reconoce, inmediatamente, que tal vía conduce al propio cuerpo: pero los más interesantes preventivos del sufrimiento son los que tratan de influir sobre nuestro propio organismo, pues en última instancia todo sufrimiento no es más que una sensación; solo existe en tanto lo sentimos, y únicamente lo sentimos en virtud de ciertas disposiciones de nuestro organismo.⁶

Para Freud el método más efectivo pero también más crudo es el químico: la intoxicación. Pero las cosas no quedan en este punto y anticipa lo que décadas más tarde es una realidad: pero en nuestro propio quimismo deben existir asimismo sustancias que cumplen un fin análogo, pues conocemos por lo menos un estado patológico –la manía– en el que se produce semejante conducta, similar a la embriaguez, sin incorporación de droga alguna⁷.

Esta operación propia del ser humano no está desligada de su propia constitución pulsional o instintiva. El método que afecta al quimismo humano se encuentra, para Freud, al servicio de la satisfacción de los instintos, precisamente porque implica la tal felicidad, se convierte en causa de intenso sufrimiento cuando el mundo exterior nos priva de ella, negándonos la satisfacción de nuestras necesidades. Por consiguiente, cabe esperar que al influir sobre estos impulsos instintivos evitaremos buena parte del sufrimiento.⁸

Sin embargo, esta toma de posición respecto del quimismo humano no descuida lo particular de cada sujeto, al menos en lo que concierne a lo que denomina aparato psíquico y, especialmente, a la elección que el sujeto realiza respecto a la estructura psíquica: La última técnica de vida que le queda al hombre y le ofrece por lo menos satisfacciones sustitutivas es la fuga a la neurosis, recurso al que apela ya en los años

⁵ Op. cit. p. 3.026

⁶ Op. Cit. P. 3.026

⁷ Op. Cit. P. 3.026

⁸ Op. Cit. P. 3.026

juveniles. Quien vea fracasar en edad madura sus esfuerzos de alcanzar la felicidad, aun hallará consuelo en el placer de la intoxicación crónica, o bien emprenderá esa desesperada tentativa de rebelión que es la psicosis⁹

La lectura de estos fragmentos siempre tiene algo de inquietante porque Freud se muestra extrañamente claro. ¿Qué cabe colegir de sus palabras? Que, finalmente, neurosis, intoxicación o psicosis son los tres modos de realización del principio del placer¹⁰.

Por otra parte, estas tres categorías que delimita el texto son, sin embargo, heterogéneas. Neurosis y Psicosis, son un modo de solución de compromiso donde de una u otra forma – y ahora veremos en que forma – el sujeto en pos de la realización del principio del placer siempre toma en consideración a la alteridad, o a lo que en términos de Lacan se denomina Otro.

En la toxicomanía el camino hacia el principio del placer se realiza sin pasar por el Otro; en un sentido clásico del psicoanálisis, la toxicomanía respondería a lo que Freud incluyó dentro del campo de las perversiones, donde el sujeto **realiza** su acceso al principio del placer en la certeza de que el Otro es impotente para mediarle cualquier tipo de garantía.

Es cierto que podemos considerar las sustancias, las drogas, como un producto del Otro, del Otro de la ciencia, y en ese sentido el toxicómano es un sujeto insertado, pero no hay transitividad entre sujeto, sustancia y Otro.

El texto freudiano nos permite establecer varias cuestiones:

1º.- La paradoja entre lo irrealizable y lo irrenunciable del principio del placer.

2º.- La configuración de tres categorías: Neurosis, Psicosis y Perversión, como tres modos de aproximación al principio del placer, los cuales se constituyen para el psicoanálisis en algo más que categorías, se constituyen en estructuras clínicas

3º.- Que si bien, teóricamente, las toxicomanías se pueden considerar como una forma de perversión, la práctica clínica nos dice que no de todas las dependencias cabe deducirse tal posición del sujeto. Es por esto que es necesario, siempre, realizar un diagnóstico de estructura.

⁹ Op. Cit. P. 3.039

¹⁰ Op. cit. Nota de 1931: *Me parece necesario señalar por lo menos una de las lagunas que han quedado en la presente exposición. Al enumerar las posibilidades de alcanzar la felicidad que están a disposición del ser humano, no se debería pasar por alto la relación proporcional entre narcisismo y libido objetal. Quisiéramos saber qué representa para la economía libidinal el narcisismo, es decir, el hecho de depender en lo esencial de uno mismo.*

Vemos, pues, que desde una mirada psicoanalítica, la toxicomanía, es heterogénea a cualquiera de las estructuras clínicas. La toxicomanía no es subsidiaria de ninguna de las tres estructuras señaladas DE FORMA EXCLUSIVA. Así nos encontramos con sujetos drogodependientes que pueden presentar cualquiera de las tres estructuras

¿Qué entendemos por estructura clínica? El concepto proviene de “estructura” proviene del estructuralismo francés de mediados del siglo anterior. Es una herramienta que permite establecer cuál sea la posición del sujeto con respecto del Otro. ¿Por qué insistir en esta cuestión del Otro? Porque es el lugar que permite la inscripción simbólica del ser de cada uno; el Otro es el lugar de la significación, también el lugar del sentido, o también el lugar de la palabra. Dicho en términos coloquiales, el Otro es como una especie de “registro civil” donde somos inscritos al nacer. De este modo establecemos que existe una relación de dependencia entre el sujeto y el Otro, que el sujeto depende constitutivamente del Otro, y que ambos no pueden pensarse de modo autónomo, esto es, que se da una dependencia simbólica fundamental.

Creo que ahora es posible que tomemos la afirmación que realice al inicio de mi intervención de que el binomio psicosis y adicción nos permite situarnos en el corazón mismo de las toxicomanías.

En el binomio psicosis y adicción nos encontramos con una serie de hechos estructurales que son paralelos, pero existe uno que destaca en sobremanera: el modo en cómo se constituye la relación del sujeto con el Otro. Este modo está caracterizado por el rechazo o repudio, no se trata de un rechazo voluntario o intencionado, se trata de un rechazo simbólico, que opera como una falla del significante; se trata de un sujeto no inscrito o borrado del registro del Otro.

El cómo pensar este rechazo nos conduce a un hecho central en la constitución de la subjetividad, o más concretamente a un tema que es nodal para el psicoanálisis, me estoy refiriendo a la causalidad.

De modo sinóptico podemos aproximarnos a esta cuestión con un esquema que nos es útil para nuestro propósito: el esquema:

CAUSA-----> EFECTO.

Nos apoyamos en él para, en primer término, explicar que aquello que ocupa el lugar de la causa, y que tanto en la biología, como en la medicina como en las demás ciencias que se dicen experimentales es, en el campo de las toxicomanías, está ocupado por la sustancia que tiene capacidad de dependencia y que el efecto de la misma puesta

en contacto con un organismo, por diferentes vías, va a tener como efecto la constitución de una toxicomanía, la producción de un paciente drogodependiente.

Pero en segundo término, y aquí está el viraje que propone el paradigma psicoanalítico, el lugar de la causa estará ocupado por el sujeto, es en el sujeto, como ya nos ha explicado Freud, donde reside toda la causalidad, cuestión que nombraremos con un X como término que deberemos despejar en cada caso particular. Este X de la causa tendrá como efecto, ya lo hemos dicho, la constitución de una estructura clínica, y en nuestro caso, en la toxicomanía, el uso de sustancias.

¿Qué elementos son necesarios para el desvelamiento de lo que se sitúa en el lugar de la causa?

Existe un elemento fundamental que, a la vez será una herramienta, que nos orientará en la dirección de la cura, y que va a ser un elemento definitorio de la constitución subjetiva: este elemento fundamental es el complejo de Edipo, dicho en términos de Lacan, la denominada metáfora paterna

¿Qué es el Edipo o metáfora paterna? De entrada es el concepto que mas nos acerca a lo que denominamos estructura. Es el modo en como un sujeto se constituye en el campo del Otro, pero de otro diferente a ese primer Otro que se ha denominado “materno” lugar donde se da cumplimiento a todas las necesidades del sujeto, donde la demanda sobre las necesidades que realiza el sujeto están, por decirlo así, cubiertas en su totalidad. Está totalidad en la que inicialmente vive el sujeto es una totalidad, o situación de completud absoluta, que es consecuencia de la respuesta que el Otro materno realiza. Es un momento donde el sujeto en ciernes está inundado por un goce absoluto. Es el momento donde el sujeto es sujeto-organismo, o donde el sujeto es pura naturaleza. Es donde el sujeto vive en lo que Freud denominó experiencia de satisfacción.

Esta experiencia primera significa que el sujeto está inundado de goce, donde el goce es efecto del cumplimiento de la necesidad y la obtención de una total satisfacción, donde no hay otra cosa que pura naturaleza. Nos encontramos aquí en la constitución del narcisismo primario.

El sujeto en ciernes, tiene un mundo constituido por la satisfacción plena. Este tiempo de satisfacción es, en efecto, limitado. De un lado aquel que va a satisfacer las necesidades, el Otro materno, no va a ser un otro siempre presente. Se inicia una dinámica de alternancia entre la presencia y la ausencia, un FORT-DA como señalaba Freud en “Más allá del principio del placer”. El sujeto tendrá el primer contacto con

algo referido a cierta privación, que se muestra como un primera falla en el propio sujeto, algo falla y algo hace falta. Pero en cualquier caso la nueva presencia del Otro materno reinstaurará el objeto que se creía perdido.

Sin embargo, esta situación de pérdida ira siendo definitiva y constituyente de la propia necesidad con la introducción de otro que no está, que se encuentra en el mundo externo, y que en principio tiene como misión privar al Otro materno del falo; este es el Otro paterno.

Decía Oscar Massota, que el Otro paterno viene a romper la célula narcisista constituida por la madre y el hijo, venía como un elemento privador y separador del goce que circula entre la madre y el hijo. El Otro paterno introduce una pérdida de goce que es la condición necesaria para la constitución del sujeto por que este menos de goce, además de producir un esquizia, una división en el sujeto, es la condición de la constitución de el sujeto en tanto que deseante. Así la ruptura de la célula narcisista, trae aparejada una pérdida de goce, o dicho en otros términos, trae aparejada la muerte de la Cosa, pero suscita el nacimiento del DESEO instaurado sobre una falla de la satisfacción.

De este modo explicamos lo que más arriba denominábamos la entrada del sujeto en el “Registro civil”: el sujeto de goce sufre una pérdida que es compensada con la emergencia del sujeto del deseo, entra en la ley del deseo haciendo efectiva su entrada en el orden simbólico.

Cabe preguntarse, por ejemplo, cuando pensamos en familias mono parentales (in vitro, adopciones, separaciones...) cómo funciona ahí la metáfora paterna, como funciona ahí el complejo de Edipo. La respuesta pasa por tener presente que el Otro materno tiene un deseo que no es colmado en absoluto por lo que en un momento pudiera ocupar el lugar del falo, en este caso, el hijo. El Deseo Materno (DM) siempre llama a otro lugar, no se satisface únicamente con el hijo; ese otro lugar al que mira el DM es lo que en términos de la estructura denominamos Nombre del Padre. No es el padre de la historia, no es el padre de carne y hueso, aunque pudiera serlo. Es el lugar de la estructura que es mirado por el Otro materno que permite descentra al hijo de esa posición fálica.

¿Qué sucede en la toxicomanía y de forma casi similar en la psicosis entendida como estructura? Que la metáfora paterna no ha tenido efecto; que el significante del Nombre del Padre no adviene a su lugar y nos encontramos con un sujeto inundado de

goce donde nada de éste se ha negativizado, y donde la vía hacia el deseo no se ha constituido. Podemos decir en términos freudianos que la operación de la castración no se ha realizado, castración entendida como sustracción de goce.

Este es, entonces, el mecanismo básico de la constitución de la estructura psicótica a la luz de la metáfora paterna: resumimos este mecanismo causal como la forclusión o rechazo del nombre del padre.

¿Cómo opera el sujeto a partir de ese rechazo? ¿cómo se constituye como sujeto? ¿Es el mismo rechazo el que encontramos en la psicosis que el encontrado en la toxicomanía?

Cuando el mecanismo del Edipo o de la metáfora funciona, como es el caso de la neurosis decimos que el Otro castra, negativiza, significantiza el ser de goce del sujeto, de modo que para inscribirse en el lugar del Otro, debe pagar un precio simbólico, debe perder cierto goce. Paga con la pérdida de cierto goce porque se produce un efecto de separación, porque el sujeto, el niño, mira y se dirige a ese lugar hacia el que el DM mira y que para él funciona como un enigma; es la X del DM: dicho en otros términos afirma “¿Qué desea que no soy Yo?. Esta pérdida del objeto primero funciona como una separación y esta separación es la que funciona como una pérdida de goce, que a la vez introduce al sujeto en el DESEO. Se ha producido, pues, una rotura del narcisismo primario... lo que convierte al sujeto en faltante, dividido y, por tanto, deseante; un sujeto mortificado por el significante. Esto es, que el modo en como se separa el sujeto de ese objeto primario pasa por el lenguaje que instaura ya no la necesidad, que estaba ligada a las necesidades del cuerpo, sino la demanda que trasciende la necesidad. Un ejemplo patente es cuando el niño da al alimento un lugar más allá de la pura necesidad, cuando el niño, para seguir alimentándose pide al Otro cualquier objeto diferente al propio alimento.

¿Qué sucede en la psicosis? Decíamos que en ella que el lugar del Otro está excluido teniendo como consecuencia la no ruptura del narcisismo primario. El objeto permanece pegado a un sujeto que no se subordina a las leyes del Otro, las rechaza absolutamente, rechazándose a sí mismo para la castración. Es por ello que el psicótico es un sujeto que se mantiene fuera de los vínculos sociales... El sujeto rechaza la Ley del Padre para **conservar su propio ser como íntegro**.

Es este rechazo de la ley simbólica del padre, esta no pérdida la que funciona tanto en la psicosis como en la toxicomanía. El psicótico rehúsa esta ley reguladora del goce de forma estructural, esto es, sin haber tenido conocimiento de ella. Y el

toxicómano rehúsa esta Ley precisamente porque tiene conocimiento de ella. El toxicómano sabe que para acceder a una satisfacción que pasa por el Otro debe pagar cierta pérdida, dicho de otro modo, el toxicómano sabe que para acceder a cierta satisfacción debe diferir la satisfacción misma, en tanto que el objeto de ella, por la negativización del goce, ocupa un lugar exterior, es decir, el lugar que como interrogante plantea la X del DM. Esta X es la que hemos definido como falo, lugar de la satisfacción. La droga viene entonces a romper la relación entre el sujeto y el falo, la droga viene como un elemento sofocador entre el goce esperado y el goce obtenido; introduce un plus-de-goce que sofoca la separación que opera la ley del padre.

Psicótico y Toxicómano se encuentran en el horizonte del mismo objetivo: mantenerse a salvo de los avatares en su relación con el Otro conservando para ello de modo íntegro su ser de goce no sometido a pérdida alguna. Pero este mantenerse a salvo constituye en muchos psicóticos un esfuerzo de grandes dimensiones, el encuentro con las drogas, sobre todo de carácter sedante, proporciona un lugar nuevo que da cierta estabilidad y cumple esa función de salvaguarda. El uso de drogas se constituye no sólo como un dique o una barrera a los caprichos del Otro, sino que se constituye como un lugar de identificación, ser toxicómano, que le proporcionará un modo de establecerse como sujeto en mundo.

El paralelismo entre psicosis y adicción se establece entonces en el modo en como ambos van a tratar su ser de goce, su narcisismo primario. El adicto con la droga pone límite al Otro, y el psicótico, en ciertas ocasiones, utiliza las drogas con el fin de poner ese límite, pero no sólo eso, también las va a utilizar como un modo de ser en el mundo.

¿Qué ocasiones son estas? Aquellas, fundamentalmente, en que la psicosis no se ha desencadenado; el uso de drogas hace aquí contención y estabiliza el desencadenamiento psicótico. Este es el punto nodal que como profesionales nos interesa con respecto a la psicosis: las psicosis no desencadenadas o psicosis latentes.

CORPORALIDAD Y DUALIDAD

Hasta aquí hemos visto los aspectos psicoanalíticos más importantes de la coexistencia de psicosis y adicción, en primer lugar la idea de que el consumo de drogas puede ser un intento de autocuración de las experiencias mentales anormales. También hemos visto que ambos procesos –psicosis y adicción– participan de un mecanismo común que pudiéramos llamar “repudio”, de algunos significantes y en tercer lugar la

idea de que probablemente el consumo de drogas puede preservar a un paciente prepsicótico del desencadenamiento de una psicosis.

Sin embargo no debemos conformarnos con estas explicaciones y hemos de ir más allá, es necesario además señalar que eso que llamamos enfermedades mentales no son entidades –tal y como planteamos en la primera parte de este capítulo- que pertenezcan al mismo nivel de complejidad o profundidad neurobiológica.

No es de extrañar que en las clasificaciones de las enfermedades mentales, el término “enfermedad” haya sido sustituido por el termino “trastorno”. En efecto la palabra “trastorno” es neutra respecto de la posibilidad de que en los síntomas y síndromes mentales existan distintos niveles de definición y complejidad. Es posible que siguiendo la tradición médica lo que contemplamos o exploramos en los signos y síntomas que presentan nuestros pacientes no sean la enfermedad en sí misma sino sus proyecciones. Es propio de la tradición médica que la enfermedad haya de buscarse en un lugar distinto al órgano o sistema afectado.

La angustia de la crisis de pánico no está en el corazón a pesar de que sea el corazón el órgano que se nos presenta en la consulta. El médico y más el psiquiatra saben discriminar la angustia psíquica que se manifiesta con taquicardia de la angustia de la insuficiencia coronaria que es muy parecida. Hace falta mucha pericia médica para discriminar ambas, porque la angustia cardiaca es la misma tanto en las enfermedades orgánicas como en las enfermedades psíquicas y además no se excluyen unas a otras, un paciente con angustia cardiaca puede tener también un infarto de miocardio.

Una de las formas de discriminar a ambas es la escucha de la narración que de su molestia hace el paciente, los médicos sabemos que los dolores que se presentan “a punta de dedo” no suelen ser orgánicos, pues la característica del dolor o la angustia que acompaña a una enfermedad orgánica es su vaguedad, el ser una molestia difusa. Una molestia que puede estar enmudecida a veces por las sensaciones de procedencia psíquica que no proceden del cuerpo sino de la corporalidad y del esquema corporal que es una realidad virtual, es por eso que la significación de una molestia hipocondriaca puede obturar una sensación orgánica, el dolor puro que procede del cuerpo.

Algo que nos lleva de bruces a la experiencia de la corporalidad. No puede entenderse la patología psiquiátrica sin la experiencia de la corporalidad, algo que va más allá de cuerpo y que añade significación al cuerpo en sí.

Efectivamente las enfermedades mentales no tienen todas ellas la misma valencia biológica ni psíquica, algunas son verdaderas enfermedades y otras

manifestaciones son más bien inclinaciones, actitudes y elecciones defensivas que se coagulan en rasgos de personalidad estables o en estilos de afrontamiento diversos.

Ejemplo de las primeras son la esquizofrenia, la manía, la paranoia, el trastorno obsesivo-compulsivo, la melancolía y la angustia. Ejemplo de las segundas son la anorexia mental y la bulimia, la histeria, la dismorfofobia, las adicciones y la hipocondria. Y entre ambas un segmento de coagulación como sucede en las fobias, una estación de paso entre el trastorno obsesivo-compulsivo y la angustia que logran eludir tanto la angustia como la repetición obsesiva.

Habría un tercer nivel de complejidad que estaría ocupado por los rasgos de carácter que hacen de dique más o menos adaptado a las experiencias primarias como la angustia o la melancolía. De entre estos rasgos me gustaría destacar por su importancia psiquiátrica: la hipersensibilidad (desconfianza), la obsesividad, la impulsividad y la esquizoidia.

Entre las enfermedades que ocupan el primer nivel y las segundas hay un salto epistémico fundamental y aunque son clasificadas como si fueran trastornos similares en realidad no lo son. Las del segundo grupo no son enfermedades en el sentido genuino del término sino operaciones diversas que la mente realiza para librarse de las experiencias corporales fundamentales egosdistónicas¹¹: la angustia, y la melancolía, que participan en un fondo timopático común; ambas son seguramente las experiencias de oquedad y de vacío consustanciales a la corporalidad, experiencias a las que remiten todas y cada una de las estrategias enfermizas que hemos señalado en segundo lugar.

Sin embargo es inevitable que los tres niveles se manifiesten simultáneamente y que puedan ser observados por la pericia del psiquiatra, sin embargo no debemos puntuar del mismo modo a los tres registros puesto que en ocasiones los síntomas de primer rango (por ejemplo la angustia o la melancolia) no estarán presentes en la conciencia o en la exploración. La mente es como un iceberg y lo que se manifiesta no es la enfermedad sino como hemos dicho más allá las proyecciones de la misma. Sucede por una razón fundamental:

Hace falta que el sujeto aprenda –o no tenga más remedio– que reconocer su propia angustia o depresión y la manifieste psicológicamente pero hay que admitir que esta propuesta se encuentra de bruces con problemas de la economía psíquica, y que los síntomas buscarán siempre la mayor relevancia de contexto, es decir su minimización psíquica y su originalidad en la revelación de la propia subjetividad. En todas las

¹¹ El júbilo es también una experiencia primaria, que no se incluye por ser egosintónica.

enfermedades existe una cierta anosognosia psíquica que hace que los síntomas de primer grado sean ninguneados y aparezcan otros en su lugar que expresen mejor la querencia del sujeto, por ejemplo si el enfermo es hipersensible y su temor es “al que dirán” es seguro predecir que será su extracuerpo el lugar donde esa angustia se condensará en forma de temores relativos a su imagen, si su temor es a la muerte, es seguro que será el intracuerpo la diana de su angustia y dará lugar a ese abigarrado cuadro que conocemos como hipocondría. El hipocondríaco y el anoréxico en cierto modo quedan libres de angustia en tanto que han logrado condensarla en órganos o aspectos de su cuerpo y logran al mismo tiempo expresar su intimidad.

La anosognosia es un síntoma descrito por los neurólogos (Anton y Babinsky) para identificar a personas que ignoraban la amputación o la incapacidad o parálisis -acaecida orgánicamente- de un miembro pero es también utilizado por Lopez-Ibor para describir este fenómeno de exclusión de determinados síntomas y también por Xavier Amador para explicar “la falta de conciencia de enfermedad” que aqueja sobre todo a los esquizofrénicos. Un cierto grado de anosognosia es posible encontrarse en todos los enfermos mentales como expresión de la “economía psíquica” en el sentido más freudiano del concepto, aquello que ya se vertió o descargó al exterior no es necesario que sea representado. Es por eso que una anorexia puede presentarse sin cogniciones anoréxicas, un trastorno obsesivo-compulsivo sin compulsiones, una bulimia sin vómitos, una histeria sin conversión. La atipicidad existe por esa tendencia de las enfermedades a la autolimitación, a la amputación de signos esclarecedores que son así excluidos de la conciencia y también de la mirada del clínico y no tanto para disimular sino para lograr expresar aquellos aspectos conflictivos de la personalidad que no pueden ser expresados de una forma estereotipada, a través de un cuadro típico. En este sentido un enfermo es siempre el mejor guionista de su enfermedad, su autor, editor y productor: no existen dos iguales.

Pero no debemos llamarnos a confusión, si toda enfermedad mental remite a la corporalidad hay que añadir también que toda enfermedad mental remite a las experiencias de primer grado que hemos señalado más atrás, siendo la angustia probablemente la emoción fundamental donde se enrosca la corporalidad humana. Dicho de otra manera, unas “enfermedades” son derivados de otras experiencias primarias, es por eso que rescatamos aquí el término de “equivalentes depresivos” con los que Lopez Ibor trató de explicar la necesaria desubicación nosológica de determinados síndromes como vemos en los trastornos alimentarios, en los

somatomorfes, en los de ansiedad e incluso en las depresiones que efectivamente no son en si mismos enfermedades sino mascaradas –el espectro íntimo- que oculta la verdadera enfermedad que es retorcida hasta resultar irreconocible.

Drogarse no es una enfermedad en si misma sino por dos clases de razones: la primera es la adicción y la segunda es la acción del tóxico actuando directamente sobre el cerebro como sucede con el cannabis por ejemplo. Drogarse es sobre todo una experiencia corporal autoinducida y en ningún caso una experiencia psicopatológica primaria, una experiencia de voluptuosidad, de placer y de plenitud, es por eso que las personas recurren a los tóxicos, sin placer ningún tóxico seria requerido. Hay un cuerpo, una corporalidad que tiene que ver con el tóxico y es el cuerpo de la voluptuosidad, el cuerpo que pretende llenarse con algo y alcanzar la plenitud.

Vale la pena decir ahora que la voluptuosidad es la experiencia inversa a la experiencia de la angustia que es siempre una experiencia de vacío y de displacer temeroso o de la experiencia de la melancolía que es una experiencia de ausencia de cuerpo, de dolor, sufrimiento o amputación. No cabe ninguna duda de que las drogas son utilizadas como remedios para ese tipo de experiencias de vacío o de marasmo aunque a la larga el vacío que se pretende llenar sea el vacío que deja de llenar y que convoca la propia ausencia de droga.

Y no cabe tampoco ninguna duda de que la experiencia psicótica es una de las experiencias mas angustiosas que existen, pues no se trata sólo de una experiencia de vacío como sucede en las neurosis sino de una experiencia de fragmentación, una experiencia de ruptura que se vive además como alusiva, con una certeza demoledora, una experiencia autoreferencial que alude e interpela al Yo en toda su dimensión, tanto al Yo corporal como al Yo psíquico. Apela pues al cuerpo y al esquema corporal, al cuerpo de Merleau- Ponty, al cuerpo significativo y lo hace además de un forma procesual a través de una ruptura biográfica, de una experiencia de perplejidad, algo nuevo que obliga al sujeto a reconceptualizar el mundo.

No cabe duda de que somos un cuerpo al mismo tiempo que tenemos un cuerpo, se trata de la escisión originaria, de algo fundacional que nos instituye como sujetos, el cuerpo en este sentido es una entidad autoreferencial en la medida que pertenece a un registro y al otro. Pero si somos un cuerpo y al mismo tiempo tenemos un cuerpo ¿Dónde adscribimos nuestras experiencias corporales? ¿Al ser o al tener?

Es seguro que los neuróticos adscriben sus experiencias corporales al tener, hay algo que se tiene – o de lo que se carece- en el cuerpo que se siente como una amenaza

o un estigma. Lo contrario parece suceder en los psicóticos cuya experiencia corporal se adscribe al propio Ser, lo que permite al mismo tiempo mantener al Yo como ajeno y simple observador de una experiencia que siempre se vive como alienada, como impuesta, como ajena. En este sentido la experiencia voluptuosa de la intoxicación podría ser vista como un intento no sólo de calmarse a través de las sustancias sino como un acto intencional capaz de neutralizar un mundo hostil que pugna por penetrar en lo más profundo de la intimidad.

Es pues la repetición de la experiencia voluptuosa y la defensa de la intimidad lo que predomina en las experiencias duales de los sujetos que se drogan al mismo tiempo que sufren las consecuencias de esa fragmentación de su corporalidad y que llamamos psicóticos.

