

# El rescate del “sujeto”

*DRA. ROSARIO SICA*

Uno de los objetivos de este escrito es compartir, desde el terreno de la drogadicción, algunas interrogantes que la misma nos suscita.

Queremos jerarquizar cómo la conceptualización que tengamos de la misma va a marcar las pautas terapéuticas a seguir. Por esta razón, centralizaremos nuestro trabajo en las concepciones que sustentan: a. el discurso médico, b. el discurso del paciente, c. el discurso psicoanalítico y también sus diferencias. En relación con este tópico tomaremos en cuenta lo planteado por E. Vera Ocampo en su libro *Drogas, Psicoanálisis y Toxicomanía*.

El *rescate del sujeto* que titula nuestro trabajo y que aparece unido al discurso del psicoanalista es inseparable de lo que llamaremos el “rescate del psicoanalista”, que nos introduce en el análisis de las “transferencias”.

*Br. Artigas 928 ap. 103  
Montevideo  
Tel. 711 4129  
rsica@chasque.apc.org*

Finalmente sólo vamos a bosquejar –porque es material para otro trabajo– el entrecruzamiento entre drogadicción y psicósomática en tanto funcionamientos caracterizados por el toque directo y manifiesto sobre la biología.

No cabe duda que el campo de la adicción incumbe a distintas disciplinas, que como tales, tienen diferentes objetos de estudio, enfoques y discursos. Resaltan distintos aspectos de la problemática, que llevan a abordajes diversos. Me pareció que podía ejemplificar lo que puede haber de multi y transdisciplinario en la drogadicción lo que nos dice Francisco un paciente de veinte años, dentro de una sesión de psicoterapia:

“[...] Yo si voy a bailar no fumo marihuana porque ahí me pega mal. No me gusta ir a bailar. De chico, a los dieciséis años iba a bailar y me agarraba terribles borracheras, armaba terribles relajos y me sacaban de patadas en el culo. [...] ahora la música que pasan me resulta insoportable. [...] en cambio me fumo un porro y agarro la guitarra y escribo música [...] colgado te sentís mejor [...] ahora parece que tenés que hacer cualquier cosa para encajarte [...] parece que vos tenés que divertirte. [...] Vas a un pub y están todos borrachos. No ves a nadie con un refresco [...] Es un fenómeno social. Hay que encajarse algo para hacer algo.

¿Vos no viste el reclame que aparece en la tele de cerveza? Están todos embolados empieza a bajar una cerveza y todos se empiezan a poner contentos. Es como que, si no tomás cerveza, te aburrís [...] el alcohol toma el cerebro, te violenta, por lo menos a mí. La mayor parte de los líos son por el alcohol; están borrachos pero parece que si no tenés alcohol te embolás.”

Pensamos que el acercamiento a esta problemática incluye el considerar necesariamente aspectos políticos, económicos, socioculturales, antropológicos, médicos, psicológico, psiquiátrico, psicoanalítico, etcétera, que se nutren entre sí.

## Acerca del discurso médico

---

La OMS define: *toxicomanía* como “un estado de intoxicación periódica o crónica, originado por el consumo repetido de una droga natural o sintética que afecta al individuo y a la sociedad. Se caracteriza por un deseo invencible o necesidad de continuar consumiendo droga y de procurarla por todos los medios, la tendencia a aumentar la dosis y la dependencia (física y psíquica)”.

Nos habla de *dependencia* como un “estado psíquico y a veces físico que resulta de la interacción del organismo vivo y un medicamento que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos”.<sup>1</sup>

El DSM IV habla de: “trastornos en relación con sustancias”. Incluyen:

- a. Trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol);
- b. Los efectos secundarios de un medicamento o la exposición a tóxicos.<sup>2</sup>

Lo que el discurso médico priorizará y privilegiará como lo sustancial, es el objeto droga y sus facultades farmacodinámicas, en detrimento de la otra verdad del problema de la drogadicción que es el *acto de drogarse*.<sup>3</sup>

Ninguna de estas definiciones toma en cuenta la situación del sujeto antes de la utilización del producto. No se hace referencia a las motivaciones personales e históricas del sujeto que “se droga”. No se pregunta ¿Qué le pasa a este individuo que tiene que recurrir a este acto? ¿Qué sentido tiene en su vida? ¿Por qué se presenta de esta forma? ¿Por qué se presenta hablando de esta forma?

Asunto de drogas, de tolerancia de hábito “pero sobre todo de signos a interpretar, curar, borrar”.<sup>4</sup>

Cuando se hace de la problemática un asunto exclusivo de drogas, considerando que la droga produce al “drogadicto”, se evacúa la dimensión del Sujeto y la consecuencia es un tipo particular de clínica como corolario de esas premisas.

Esta definición hace “al drogadicto” un ser mudo; ahistórico.

Lo que no puede captar el discurso médico cuando reduce la drogadicción exclusivamente a sus fundamentos biológicos es precisamente, que de lo que está enfermo el paciente es de “biologizar” el vínculo que lo une a su objeto.

## Acerca del discurso del paciente

---

Decimos que el discurso médico es un *discurso en espejo* con lo que nos trae el sufriente. Hablamos de sufriente –en primera instancia– y no de paciente, porque queremos resaltar, también desde el mismo, esta desposesión del lugar donde algo de él, puede ser problematizado.<sup>5</sup> La marihuana, la cocaína le hace o le deja de hacer tal o cual cosa. La biologización a la que el “drogadicto” reduce su placer –“tengo necesidad de placer” o “tengo placer gracias a la droga”– debe ser comprendida como la consecuencia implacable del paso del registro del deseo al registro de la necesidad.

Según nos señala Freud en su obra, hay un “supuesto” que no puede soslayar para la conceptualización de la formación del aparato psíquico y es el de la pulsión. Ya en sus primeras teorizaciones sobre ella, nos señala cómo la pulsión sexual en un principio, se apuntala en el registro de lo biológico, lo orgánico, para desde ahí alcanzar el registro de lo pulsional, constitución y registro del mundo psíquico.<sup>6</sup> Trae implícito la existencia del autoerotismo y la existencia del objeto interno, puntal para la identificación, para la existencia de la subjetividad, registro del deseo.

Desde la segunda teoría pulsional estos pacientes nos traen un Eros desfalleciente, muchas veces colocado en una erotización de la muerte, al borde de perderse en la defusión entre Eros y Tánatos.<sup>7,8,9,10,11</sup>

Quizás podríamos ubicar el intento de prenderse, aunque más no sea, a una identidad “chuequeante” que no puede adscribirse al estatuto de la diferencia, de la incompletud. De aquí, que muchos autores planteen la droga al estilo de un objeto fetiche, que desmiente “la falta”, pero a la vez, denuncia la misma.

Como vemos, la categoría del objeto droga está en la base de una verdadera dicotomía teórica. Por un lado estarán aquellos para los cuales:

- Los efectos farmacológicos sobre el individuo serían la clave: *la droga es la que hace al toxicómano*.

- Aquellos para quienes la droga no tendría estrictamente ninguna relación con la problemática toxicómana: *es el toxicómano que hace a la droga*. La droga es concebida como creación del sujeto, al estilo del objeto fetiche o también el objeto fóbico etcétera.

Veremos que estas dos posiciones son difíciles de sostener desde la clínica.

## Acerca del discurso psicoanalítico

---

Volvamos a Freud en “El malestar en la cultura”: “El más brutal pero también el más eficaz de los métodos destinados a *ejercer una influencia corporal* semejante es el método químico, la intoxicación [...] pero el hecho de que la presencia en la sangre y los tejidos de ciertas sustancias nos procura sensaciones agradables inmediatas [...] *que modifican también las condiciones de nuestra sensibilidad al punto de volvernos ineptos a toda sensación desagradable* [...] *No se les debe solamente a lo del goce inmediato, sino también un grado de independencia del mundo exterior* ardientemente deseada [...] *Esta propiedad constituye también su peligro y su nocividad*”.<sup>12</sup>

Hay una especificidad material, farmacodinámica, que la hace capaz de provocar lo que no vacilamos en considerar como un traumatismo psíquico. Este aspecto traumático de la efracción de la droga en el cuerpo es indisociable de las propiedades farmacodinámicas de la droga, “no es condición suficiente para explicar la toxicomanía, pero es sin duda condición necesaria para que exista esta problemática”.<sup>13</sup>

No todos los que consumen drogas se vuelven drogadictos. Si bien podemos encontrar funcionamientos adictivos en distintas estructuraciones psíquicas, encontramos una mayor vulnerabilidad a las adicciones en aquellos pacientes que tienen *fallas importantes* en la estructuración de su identificación primaria y también secundaria o sea estamos hablando de *fallas importantes en la estructuración del yo*.<sup>14,15,16</sup>

Esto aparece ligado a una historia con trastornos tempranos en la relación del niño con sus progenitores. Como señala Mc Dougall

en “Las mil y una caras de Eros” influyen los deseos y miedos de los progenitores sobre el bebe, antes de nacer y en la medida que nazca y crezca los juicios de valor, los conflictos concernientes a su identidad biológica, sexual y psicosocial.

Resaltamos el valor de la fusión madre-bebe que será transformado por la aparición de la madre deseante, que ama a su bebe pero que es amante de su cónyuge con el que el niño es criado, en una relación triangular de amor, identificando a la madre como madre, al padre como padre, y a sí mismo como a un ser diferente que se reconoce como yo.

En este proceso de estructuración le damos una importancia fundamental al cuerpo como lugar material a partir del cual, y desde antes de nacer, después desde los cuidados maternos y la cultura podrá llegar a libidinizarse constituyendo la esencia del ser.<sup>17</sup>

Cuando aparecen fallas graves en este recorrido conducente a una identidad psíquica, aparecerán o estará más expuesto a responder con conductas actuadas donde la dimensión del Sujeto desaparece.

Angustia existencial que, como dice F. Dolto, puede ser tanto mayor en los adictos a drogas duras.

Y es por aquí que nos entroncamos con la psicósomática.

Hay algo del cuerpo que nos interroga ¿Sienten al cuerpo? ¿Cómo? Cuando se pinchan, se infectan ¿no les duele? ¿Es sólo el “placer” que experimentarán lo que logran sentir? ¿Necesitarán el dolor para vivir? ¿Llegar al dolor de la abstinencia? ¿Llegar a la intoxicación?

Nos dice un paciente: “yo me pico y me deja de pesar el cuerpo [...] el cuerpo me aplasta. Me pico y siento que el cuerpo queda desligado del espíritu”.

Estas acciones sobre el cuerpo –cuerpo que pinchan que hieren, a través del cual elaboran teorías en relación con sus energías y los efectos de la droga etcétera– las vemos fundamentalmente desde el lado de la ilusoria búsqueda de algo para vivir.<sup>18</sup> Compartimos con M. Hekier cuando se interroga “¿Viven para sufrir o sufren para vivir?”.<sup>19</sup>

Como veíamos el discurso del paciente juega en espejo con el discurso médico. En esos discursos corre el riesgo de quedar

atrapado el psicoanalista en respuesta al vacío que siente frente al paciente. Como que la palabra en muchos momentos perdiera el papel evocador.

Pero desde nuestro lugar de psicoterapeutas psicoanalíticos, queremos detenernos en algunos aspectos que incumben a nuestra tarea, que avala nuestro discurso y también nos atraviesa; hablar del “rescate del sujeto” es inseparable de lo que llamaremos, a los fines de la exposición, el “rescate del psicoanalista”. Y es así que nos introducimos en la temática de las transferencias.

Con Françoise Dolto nos preguntamos: ¿Por qué, la drogadicción, este flagelo, como la llamó ella, nos seduce tanto? ¿Qué responsabilidad nos cabe a los miembros “supuestamente sanos” de esta sociedad? Una parte de esta seducción está en nosotros mismos, lo que nos obliga como psicoanalistas a psicoanalizarlo. Psicoanalizar los aspectos inconscientes que sustentan nuestro tabaquismo, alcoholismo o cualquier tipo de funcionamiento adictivo que tengamos.

Analizar nuestros aspectos de funcionamiento adictivo nos parece un punto muy importante para nuestro trabajo como psicoanalistas. Si esto no se produce no nos podremos “rescatar” ni nosotros, ni el paciente. Oficiará como puntos ciegos que incidirá en nuestra praxis desde las vicisitudes de las transferencias.

Corremos el riesgo de bloquear el discurso del paciente y por tanto no contribuimos al “rescate del sujeto”.

Nos queda claro, que analizar nuestros aspectos psicóticos, neuróticos o perversos es imprescindible para nuestro ejercicio profesional. ¿*Trabajamos nuestros aspectos adictivos?* o éstos son puestos afuera, lejos de interrogar lo evidente, como el virus que contamina a los otros y a nosotros no nos toca.

Queremos recordar situaciones vividas trabajando como terapeuta y también como paciente. Cuando durante el discurso de un analizando en una sesión de psicoterapia aparece un “clic” de un encendedor que prende un cigarrillo, o la exhalación de humo—que puede provenir del paciente o del terapeuta— o la toma de un cenicero que el analista puede poner en su consultorio: ¿lo tomamos como material de análisis? Nos queda claro que, la aparición en la sesión de un silencio, un regalo, etcétera, lo anotaríamos como material, más allá de ver la oportunidad de

devolución del mismo al paciente. ¿Lo hacemos, en algo tan evidente como el fumar, por ejemplo durante una sesión? Dueños de nuestros consultorios, sacamos o ponemos ceniceros pero ¿analizamos qué estamos haciendo con este acto?

Nasio plantea: ¿Cómo se actualiza la transferencia cuando estamos frente a pacientes que están más cerca del hacer que del decir? “[...] el decir del sujeto en análisis accede al analista y al analizante y así posibilita el deslizamiento del significante suponiendo el saber a un objeto[...] el hacer tiende a soldar esta relación”.<sup>20</sup>

Cuando el paciente va en busca del terapeuta ¿qué es lo que va a buscar?

Como psicoanalistas, pensamos que nuestra presencia allí, está para que el paciente conozca algo de su deseo. Es el paciente el que tiene que encontrar esa verdad de su ser. Trabajamos esperando que el acto ceda lugar a la palabra, palabra que nombra la “cosa”. Es la entrada en la escena psíquica, en el mundo de la representación. Esto acontecerá siguiendo una serie de vicisitudes que tienen que ver con el funcionamiento mental del paciente. Aquellos –que presentan importantes fallas narcisistas– sentirán gran temor a todo vínculo con un otro; si se acercan se aterrorizan de quedar perdidos, desaparecidos en la fusión y si se alejan se sienten abandonados.

Nos enfrentaremos a veces con pacientes, que por su propia conflictiva son incapaces de autoproporcionarse cuidados maternos, pero los aterroriza la idea de dependencia con alguien capaz de brindarlos.<sup>21</sup> El analista se ve relegado a esa madre interna ausente, invasora, inadecuada con la que el analizado “está siempre ajustando cuentas”.

Contratransferencialmente, obligan a mayor autoanálisis, ya que hay un continuo vaivén de los sentimientos de enojo, temor, ansiedad, impotencia, omnipotencia.

Así irán apareciendo confusiones de emociones, afectos, personajes que se irán discriminando en amores, odios, amigos, enemigos, goces construyendo una historia.

Desde lo sintomático en lo que se refiere específicamente a la drogadicción, en los casos con buena evolución, el síntoma va perdiendo su encanto. “ya no es como antes...”, o “sabés que me



está pegando mal, yo no sé por qué... pero no me dan ganas como antes”.

Como señala Cancrini en *Los temerarios en las máquinas voladoras*<sup>22</sup> “[...] la única terapia posible: un esfuerzo dirigido a recomponer la unidad destruida [...] un esfuerzo que debe ir dirigido al sueño y no a la renuncia”.

## NOTAS

1. Vera Ocampo, E., "Droga, psicoanálisis y toxicomanía" en *Las huellas de un encuentro*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
2. DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, 1995.
3. Vera Ocampo, E., "Droga, psicoanálisis y toxicomanía", ob. cit.
4. Ibidem.
5. Hekier, M., "Hacer(se) un nombre" en Hekier, M. y Miller, C., *Anorexia, bulimia: deseo de nada*, Paidós, Buenos Aires, 1995.
6. Freud, S., (1915) "Pulsiones y sus destinos", *Obras Completas*, Tomo XIV, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
7. Aulagnier, P., "Los Destinos del Placer" en *Alienación, amor, pasión*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
8. Freud, S., (1920) "Más allá del principio de placer", *Obras Completas*, Tomo XVIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
9. Freud, S., (1923) "El yo y el ello", *Obras Completas*, Tomo XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
10. Freud, S., (1933) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis" No. 32, *Obras Completas*, Tomo XXII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
11. Mc Dougall, J., "Las mil y una caras de Eros" en *La sexualidad humana en busca de soluciones*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
12. Freud, S., (1930) "El malestar en la cultura", *Obras Completas*, Tomo XXI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1976 (los destacados son míos).
13. Vera Ocampo, E., "Droga, psicoanálisis y toxicomanía", ob. cit.
14. Jeammet, Ph., "Bases tempranas del psiquismo y proceso adolescente", Conferencia en la ciudad de Montevideo, Video No. 1, AUDEPP, 09.05.1997.
15. Jeammet, Ph., "Emergencias ansiosas, desorganización y suicidio", Conferencia en la ciudad de Montevideo, Video No. 2, AUDEPP, 10.05.1997.
16. Jeammet, Ph., "Reflexiones sobre la función de la sustancia o producto en la economía psíquica del toxicómano", *Rev. N. A. Psicoanálisis de niños y adolescentes*, No. 6, 1998.
17. Gil, Daniel, "El yo y la identificación primaria" en *El Yo herido*, Trilce, Montevideo, 1995.
18. Mc Dougall, J., "La bulimia", "Bordes Actuales del Psicoanálisis", *Zona Erógena* No. 19, 1994.
19. Hekier, M., "Clínica del hacer-clínica del decir" en Hekier, M. y Miller, C., *Anorexia, bulimia: deseo de nada*, Paidós, Buenos Aires, 1995.
20. Hekier, M., "Hacer(se) un nombre", ob. cit.
21. Miers, W. A., "Comportamiento sexual adictivo", "Adicciones", *Revista de APDEBA*, Vol. XVIII, No. 2, 1996.
22. Cancrini, L., "Los temerarios en las máquinas voladoras" en *Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.