



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Aportes Freudianos a la Clínica de las Dependencias.

Revisión temática de algunas obras de Freud escritas hasta 1910.

Memoria para optar al Título de Psicólogo.

Autor: Guido Meza U.

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno.

Santiago 2007.

Este texto no pretende “ahorrar” lecturas a nadie. Está dirigido a quienes ya han leído los textos referidos o los estudian en paralelo a la presente Memoria.

Dedicada a tod@s los estudiantes que luchan por la Educación pública y gratuita, que no saben jugar a las escondidas, y que crean educación y conocimiento en la *Historia del Fuego*, sin convertirse en un(a) cacadémic@ corrupt@ ni en un(a) devorador@ fetichista de aquellas medallitas esfinterianas llamadas sietes con que pretenden garantizar inútil y mentirosa-mente la existencia de sabiduría. Sepan que en ambos tienen a sus mayores y más mortales enemigos.

Y a las mujeres bellas, a Guillermo de la Biblioteca, y a la Srta. Betty.

Agapito el Obstetra.

Resumen.

El presente trabajo es una revisión comentada y orientada al tema de las dependencias, de algunas obras escritas por Sigmund Freud hasta 1910. Su valor reside en pretenderse un texto que permita al estudiante establecer nociones sólidas y coherentes sobre la clínica de las dependencias para enfrentar un contexto general de ineficiencia, lucro, desarticulación y escamoteo de las cuestiones fundamentales.

Los principales resultados encontrados en la presente revisión teórica demuestran la vigencia de herramientas y observaciones del Freud previo a 1910, para la clínica de las dependencias. Ellas permiten la creación y derivación de nuevos conceptos que se presentan a lo largo de esta Memoria de Titulación.

Introducción

La presencia de las adicciones en la obra de Freud, data de sus primeros textos. Antes incluso de escribir sobre la histeria, alude al alcoholismo en 5 ocasiones bajo el antiguo nombre de dipsomanía, y por su nominación actual lo refiere en 9 oportunidades si se consideran textos como *Sobre la Cocaína*, censurados en las obras "completas". Además la palabra morfinismo figura 4 veces y comentarios sobre la adicción hace en 11 lugares, lo que si bien sigue dejando a las adicciones como un área de estudio secundaria dentro de los intereses del maestro vienés, brinda el material suficiente para por lo menos poner a prueba ciertas opiniones que califican de oscuro y escaso el tratamiento freudiano del tema.

El presente trabajo es una lectura de una serie de textos en los que se alude al tema de las adicciones, aunque que tratan principalmente sobre la neurosis histérica, obsesiva, y en menor grado de neurastenias, neurosis de angustia y melancolía, seleccionados todos entre los escritos previos a 1910, situándolos dentro de la primera tópica, o para ser más riguroso, entre la tópica del *Proyecto de Psicología*, casi nunca reconocida como tal, y la llamada primera tópica.

Inicialmente, tras exponer en forma breve lo que se dice de los emparentados conceptos *adicción* y *dependencia*, desde los saberes reconocidos como oficiales, se podrá ante la insuficiencia evidente de los mismos, volver a considerar los cuadros de dependencia desde su pura descripción clínica, para así, en cotejo con las referencias freudianas, ir iluminando los posibles vínculos que las adicciones o fármaco-dependencias, puedan tener con la etiología de las neurosis y de otras patologías. Además, ocasionalmente se integrarán aportes de psicoanalistas y otros autores contemporáneos que han tratado el tema, y textos de neurología y fisiología que permitan a veces criticar, a veces

destacar, la genialidad y vigencia de la obra de un hombre que desde hace más de un siglo, tiene mucho que decir.

Objetivos.

Objetivo general.

Generar un marco conceptual y de conocimiento coherente que permita a partir de las intelecciones de Freud respecto de las adicciones (teniendo en cuenta el límite del espacio temporal de la bibliografía seleccionada), pensar las posibilidades de un abordaje clínico de las mismas.

Objetivos específicos.

Crear un texto que permita al estudiante tener una base coherente para introducirse en la clínica de las adicciones.

Dar cuenta de los nexos entre dependencias y otras patologías como neurosis, neurastenias, y melancolías.

Lograr la elaboración de herramientas conceptuales actuales que permitan criticar las actuales prácticas y señalar nuevos caminos.

I.- De las actuales definiciones de adicción y dependencia. Algunos comentarios al DSM IV y al CIE 10.

Si se busca en el DSM IV los criterios de diagnóstico de una adicción, encontramos que ellos no aparecen considerados como una unidad, sino descompuestos en una serie de trastornos agrupados bajo el rótulo *Trastornos Relacionados con Substancias*. Ya el título nos anuncia que el tema de las patologías de consumo ha sido enfocado desde una homologación naturalizada entre dependencia y dependencia a las drogas. Ejemplo de ello es la categorización del alcoholismo, aparecida a principios del siglo 20, como un cuadro diferente de las dependencias, y que sólo se abandonará a medias, a finales del mismo.

Es común al DSM IV y al CIE 10, esta descomposición en trastornos separados; la intoxicación, el abuso, la abstinencia y la dependencia. De todos estos es la categoría de dependencia, la que más se parece al sentido de adicción o de toxicomanía que se maneja usualmente y que utiliza Freud en sus estudios.

En ambos textos la dependencia es un trastorno que sobreviene después del consumo de una droga y es un efecto cualitativo de ella, cuya efectividad para generar adicción y/o dependencia estará mediada por factores como el tipo de sustancia, la forma de consumo, la contingencia cultural, la historia genética, en resumen, eso que muchos llaman lo bio-psico-social.

Los criterios diagnósticos con que se reconoce cada uno de estos 4 trastornos en que se descompone la adicción, son prácticamente idénticos en el CIE 10 y en el DSM IV. El acento que pone el CIE 10 en la importancia del “*deseo de consumo*” y de la apreciación subjetiva respecto de la incapacidad de control del mismo deseo una vez que el consumidor quiere detener la ingesta, no se traduce en una diferencia significativa a nivel paradigmático respecto del DSM IV, y es más prueba de la peligrosa y ambigua asimilación de conceptos del psicoanálisis a los lugares de verdad institucionalizados, que de una diferencia profunda en la manera de concebir y enfrentar estas patologías.

En el anexo 1 el lector podrá encontrar un extracto de los capítulos que en el DSM IV y en el CIE 10, tratan sobre los criterios diagnósticos de la dependencia.

En 1967 los expertos de la OMS que elaboran CIE, su código oficial, proponen el uso del término Dependencia, pues estiman que el concepto de adicción se refiere principalmente a la “*dependencia de tipo físico*” que “*aparece como fase subsecuente a la habituación*”. Ahora Habituación había sido definida en 1957 por la OMS como un trastorno similar a la adicción pero de menor intensidad y que se manifiesta solamente en una dimensión psicológica. El término Dependencia, y su posterior desarrollo, el de “*Fármacodependencia*”, es definido como “*el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción*”

entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación." (Organización Mundial de la Salud 1995).

En general, la importancia de estas diferenciaciones conceptuales ha sido relativa, pues para 1998 el 41% de las publicaciones aparecidas en Medline sobre trastornos asociados a consumo de sustancias, usaban sin diferenciar el término de adicción, dependencia u otros (Maddux, J. F. y D. P. Desmond 2000).

Al leer textos de difusión y formación del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL) y del CONACE, se infiere su adscripción a las definiciones de la OMS y no se sabe de elaboraciones locales con peso en las políticas institucionales. Adscripción que por cierto no exime del sumo cuidado con que deben revisarse sus publicaciones.

Es el caso del informe llamado "*Evaluación de los objetivos sanitarios de Impacto a mitad del período*", en que se exponen bajo el rótulo de "*Objetivos con avances*", entendiéndose avance como logro del gobierno, unas estadísticas que muestran que el consumo de drogas ilícitas ha tenido un aumento en la última década que sólo se ha estabilizado entre el año 2000 y el 2004. Resulta totalmente arbitraria, infundada y poco original la atribución de propiedad sobre esta estabilización por parte del gobierno. Poco original pues imita punto por punto la actitud de la OMS en su *Informe Mundial sobre las Drogas* del 2006, tan precisamente criticado por el Transnational Institute (TNI) en el *Informe sobre políticas de drogas N° 18*, Junio de 2006.

En el tema del tabaco, al que se ha dedicado una campaña publicitaria y legal igual o mayor que la contra las drogas, las cifras muestran claramente una tendencia al alza en el consumo, sin embargo se le designa como "*Objetivo sin avance*", dando la falsa sensación de una quietud que no existe pues el consumo de tabaco sí avanza. En el mismo informe se muestra que la cantidad de bebedores problema, como se los denomina, tampoco disminuye, y de hecho aumenta en el grupo de las mujeres embarazadas, con lo que se prueba la ineficacia de las medidas para abordar el tema. Otra patología del consumo que generalmente pasa desapercibida, es la obesidad, la que también muestra una tendencia al alza. Es decir que en los últimos años los triunfos en salud pública, si es que los hay, sólo se dan en ámbitos no relacionados con las conductas de consumo, pues los accidentes de tránsito, cuya principal causa es la conducción en estado de ebriedad, tampoco han disminuido.

Para efectos del problema que trata el presente trabajo, se acogerá la propuesta de la OMS relativa a la definición y uso del concepto *Farmacodependencia*. Sin embargo será sólo para trabajar sobre el mismo, pues la experiencia clínica revela patrones de consumo que guardan similitud

con las farmacodependencias pero que no podrían ser catalogadas de tales, por no ser dirigidas a esos objetos (drogas).

En resumen, el acervo académico nos deja en un contexto en donde lo que desde el sentido común se entiende como adicción no existe, y se divide en abuso, intoxicación, abstinencia y dependencia. Las relaciones entre estos trastornos son relativas pudiendo presentarse de manera vinculada o no. Además la adicción es un concepto reservado para la sintomatología física de la dependencia, mientras que la sintomatología psicológica se le llama habituación. Estos son los fundamentos, que sin mayores variaciones encontraremos a lo largo de toda la literatura oficial sobre dependencias.

Hasta aquí esta parte, pues lo que interesa, más que lograr la definición de un cuadro con precisión, es lograr apuntar a un ámbito problemático, que tendremos en cuenta ahora que iniciemos el recorrido por parte de la obra de Sigmund Freud escrita hasta 1910.

Las adicciones en algunas obras de Freud escritas hasta 1910.

«Über Coca» (1884). (Sobre la cocaína).

Las farmacodependencias son quizás el primer cuadro clínico que Freud refiera en un escrito. *Sobre la cocaína*, temprano texto de 1884 y posteriormente censurado, como varios otros, es el primero en que, coincidentemente, aborda un ámbito de la medicina diferente de la neurología y en que indaga además temas de corte psicológico como las neurastenias y las adicciones. En este texto las descripciones de los efectos psicológicos de la cocaína son abundantes y detalladas. El valor de esta meticulosidad es justificado puesto que según el mismo Freud son mayores los efectos psicológicos que los físicos. Podríamos resumir ambos en; aumento de la capacidad de esfuerzo, disminución de la sensación de hambre y cansancio, optimismo, alteración del pulso, eructos refrescantes, ocasional sequedad en la boca, aumento en el control de uno mismo, necesidad de trabajar, movimientos intestinales, aumento en el vigor sexual y en el intelectual. Estas son descripciones de los efectos de la cocaína en lo que él denomina un cuerpo humano sano.

Llama poderosamente la atención dos observaciones; la ausencia de efectos depresores tras una dosis “moderada”, y la ausencia de deseo incontenible de volver a usar el estimulante tras series repetidas de dosis. Y lo hace porque pese a mediar casi un siglo, los 0.05 o 0.10 gramos usados habitual y repetidamente por Freud son considerados unánimemente como una dosis típica. Es la conocida “raya”. Tampoco hay razones para atribuir a los preparados que Freud manejaba menor pureza que casi la totalidad de la cocaína comprada en las calles por el actual consumidor promedio. Por ello la explicitación de la ausencia de ciertos indicadores conductuales y anímicos tradicionalmente asociados a la ingesta de cocaína, es una observación vigente, que pone una duda acerca de que tales reacciones se deban necesariamente a la interacción con el fármaco, sino que podrían deberse a la influencia de elementos químicos asociados usados para rebajar su pureza, o a factores indeterminados aún, tales como los estados anímicos y/o la organización psicológica preexistentes al momento del consumo.

El valor de *Sobre la cocaína* es alto, pues pertenece a una época en que la OMS no influía en los resultados de las investigaciones. El ocultamiento y adulteración de estudios por parte de la OMS llegó a su máxima expresión en el escándalo del año 1995, cuando negó la publicación de “*la investigación sobre la cocaína más grande de todos los tiempos*”, realizado por la misma institución y publicitada con esas palabras, al enfrentar resultados que señalaban la incapacidad de la hoja de coca de generar adicción. (TNI 2006)

Sobre la Coca de Sigmund Freud sería un antecedente histórico de este estudio en el sentido que nos daría elementos para pensar la dependencia como una patología, que a diferencia de las definiciones de la OMS, no estaría determinada por la sustancia droga, no sería un puro efecto de la interacción

sostenida con tal o cual fármaco, sino que sería el resultado de una disposición anímica otra, que la presente memoria pretende ayudar a dilucidar.

Un curiosísimo punto es el tratamiento con cocaína de las neurastenias que Freud señala así, a propósito de su capacidad para estimular los centros nerviosos:

“La coca ha sido por esta razón recetada para los más variados tipos de debilidad psíquica: histeria, hipocondría, inhibición melancólica, estupor y enfermedades similares. Se han comunicado algunos éxitos: por ejemplo, el jesuita Antonio Julián (Lima, 1787) habla de un culto misionero que fue liberado por la coca de una grave hipocondría; Mantegazza dice en alabanza de la coca que resultaba casi universalmente eficaz para mejorar los desórdenes funcionales que actualmente agrupamos bajo el nombre de neurastenia; Fließburg habla de los excelentes resultados obtenidos con el uso de la coca en casos de «postración nerviosa»; y según Caldwell es el mejor tonificante para la histeria.”

Y sigue señalando la efectividad de esta sustancia en el tratamiento de melancólicos. En ningún caso se observa la aparición de un cuadro de depresión, dependencia o de abstinencia. El mismo Freud señaló la necesidad de profundizar estos estudios. Lamentablemente, no lo hizo.

Que hoy podamos usar los textos y las investigaciones de Freud para afirmar la impropiiedad de la relación causal lineal entre droga y dependencia que se ha establecido desde las definiciones institucionalizadas de la dependencia, no quiere decir que el maestro haya sostenido siempre esta posición, por el contrario. El joven Freud comparte la idea de que es la morfina la que produce el deseo de la misma, así como atribuye a una capacidad de la cocaína el hecho que no produzca adicción. Sin embargo en el mismo *Sobre la Coca*, en el capítulo dedicado a la terapéutica de la morfinomanía y del alcoholismo, deja sin mayor desarrollo la dificultad en el tratamiento del alcoholismo con cocaína y el caso del alcohólico convertido en coquero. De estas dificultades comprobadas en la experiencia personal, se apoyará un hoy desconocido Erlenmeyer, y otros más, para intentar descalificar la totalidad de las observaciones del maestro respecto de la polémica sustancia.

Es probable que la vivencia de experiencias personales penosas con el tema de las drogas, su cambio de apreciación de la histeria y la melancolía como ya no devenidas de debilidad mental, y la presión social en aumento, hayan influido en el abandono que Freud posteriormente hiciera de la línea de investigación que sugería su apasionamiento por la cocaína. Pero aún cuando sus estudios lo guiasen por otros temas como veremos, no tan distantes, la meticolosa investigación que es *Sobre la Coca*, nos permite tener una visión clara de las ideas y prácticas que se utilizaban en el abordaje de las farmacodependencias, las que pese al tiempo transcurrido no se diferencian mucho de las prácticas actuales.

Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico (1886)

La *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico* es la primera exposición pública que brinda Freud, de un caso de histeria, y da la coincidencia que el tema drogas, alcohol y dependencias, vuelve a presentarse. El padre y el hermano del paciente, que trata este joven Freud marginado de los lugares de atención hospitalaria de la época, presentan ambos historiales de consumo patológico, pero a los que Freud no presta mayor atención.

No será excepcional ver cuadros de dependencia en familiares de los pacientes centrales o en los pacientes mismos de los casos que Freud expondrá en el futuro, aunque al principio la adicción será devaluada como factor etiológico. Por ejemplo; en el caso Dora aparecen dos “*fumadores apasionados*”, uno de los cuales es el mismo Freud. En *Estudios Sobre la Histeria*, el tío acosador de Katharina suele estar ebrio en los ataques sexuales. En el caso que se relata en la *Carta 55*, el seductor que genera la histeria del paciente central padece severos ataques de dipsomanía, y en dicha carta también alude a un adicto al juego, que como el caso de dipsomanía curado por Freud notado en la *Carta 43*, no aparecen en el índice de casos no reconocidos del volumen XXIV de la edición consultada, así como no aparece mencionado nada que tenga que ver con el tema de las dependencias. No es casual.

Histeria (1888)

En *Histeria*, Freud desarrolla una serie de ideas entre las que se van destacando con fuerza la inexistencia de una base orgánica anatómica para la histeria como patología y reafirma su naturaleza fisiológica.

De aquellos optimistas informes de los tratamientos de neurastenias por medio de drogas queda poco. Si bien aún las contracturas histéricas se hacen remitir temporalmente con narcosis profunda, se destaca la anómala reacción del histérico frente a los narcóticos y Freud abiertamente desapruueba el tratamiento farmacológico para los neurasténicos, considerándolo “*un grave error del médico*” y tampoco lo estima conveniente para tratar síntomas histéricos vestigiales.

Ahora, que describa como anómala la reacción de estos pacientes frente a la medicamentación, es algo que da pie a ciertas intelecciones. Considerando que ya sabemos cuáles son los efectos físicos y psíquicos que Freud considera normales en un cuerpo humano sano, pues los expone en *Sobre la Coca* ¿Será la dependencia una de estas reacciones anómalas?, ¿Cómo explicar el distinto efecto de la misma sustancia en cada paciente?, y si la histeria es un cuadro

cuya dimensión orgánica hay que buscarla en la fisiología y no en la anatomía ¿con qué aspectos de esa fisiología se encuentran las drogas que generan estas reacciones anómalas?

Los límites de los aportes freudianos estarán determinados por la casi completa adscripción en este período, a las enseñanzas de Charcot, cuya teoría etiológica de la histeria, la define como el cuadro resultante de una distribución de excitación con formación de un excedente de estímulo, dentro del órgano anímico. Su determinación es hereditaria y todos los demás factores se reducen a agentes provocadores o causas concurrentes. Incluso los influjos sexuales son relevados a dicha categoría acusándolos de sobrevalorados; *“La histeria siempre es la misma solo que es despertada por distintas causas ocasionales.”*

Freud señala que la intoxicación con químicos es uno de los factores considerados como posibles detonadores de ataques histéricos; alcohol, plomo, *“y todo cuanto sea capaz de ejercer un vigoroso efecto nocivo.”* Pero hasta ahí su efecto y su comentario.

Las histerias referidas en esta época por Freud son cuadros en donde se destacan los ataques convulsivos, las perturbaciones de la actividad sensorial, las parálisis, y las contracturas. Las anestias y amnesias de los alcohólicos son consideradas síntomas histéricos, pero no se reconocen variedades de la histeria, como por ejemplo una histeria alcohólica.

Esta alusión a la naturaleza histérica de las amnesias de los alcohólicos aporta datos de la participación de una dependencia en una histeria de manera diversa a la función de causa concurrente pues la incluye dentro de la sintomatología.

Si aceptamos que la amnesia en la borrachera, o borrachera blanca como se le llama hoy, es un síntoma histérico y aceptamos que a los histéricos se les reconoce como tales por la presencia de síntomas histéricos, entonces deberemos concebir la existencia de un grupo de histéricos que son alcohólicos y que dentro de su sintomatología se incluyen las amnesias, así como habrá amnesias histéricas sin alcoholismo.

Sin embargo no deja de extrañar que la alta participación tanto en el síntoma amnésico como en la concurrencia en el ataque de histeria, por parte del alcohol, en comparación con el plomo por ejemplo, no haya merecido en ese tiempo un tratamiento más extenso, quedando sin explorar la caracterización y estudio de un eventual cuadro mixto de histeria y alcoholismo.

El hecho que Freud atribuyese características de valor diagnóstico y diferencial a que la histeria se presentase siempre como el desarrollo máximo de la perturbación evidenciada, y al claro deslinde de la misma de otras áreas del cuerpo, sugiere que los conocidos efectos desinhibidores (APA 1994), (Freud

1910) del consumo de alcohol, se deberían haber considerado para un diagnóstico diferencial, en el caso de que dicha desinhibición fuese el intensificador de un dolor o queja de causa diferente a la histeria, o en el caso de que esta desinhibición participase facilitando el dolor y el síntoma histérico mismo.

La interacción entre histeria y alcoholismo, vista a la luz de las observaciones ya realizadas por Freud a propósito de la medicamentación de la histeria, arrojaría como resultado que aún cuando en las categorías cuantitativas actuales un consumo pueda ser considerado como moderado o fuera del rango de lo que es una dependencia, puede tener la eficacia necesaria para la facilitación de una situación altamente perturbadora como lo es un ataque histérico, el que a su vez potencia la espectacularidad del consumo.

En el concepto de zona histerógena, Freud tampoco muestra desapego de Charcot. Plantea que son zonas de sensibilidad permanente, con una topografía fija, que a su contacto pueden desencadenar un ataque histérico. Esta noción de zona histerógena, dará lugar en el futuro a las zonas erógenas, las que articuladas en una historia del desarrollo psicosexual expuesta en *Tres ensayos de teoría sexual* de 1905 servirá como base para hipótesis de autores posteriores que estudian las relaciones entre adicciones y fijaciones a la fase oral.

Otra observación que llama la atención es que los hombres parecen particularmente proclives a la histeria en edad inmadura, por trauma o por intoxicación. Esta vulnerabilidad presentada en el contexto del género podría guardar similitud con las actuales cifras que muestran una mayor cantidad de hombres en estados de farmacodependencia y alcoholismo que mujeres, en una proporción de 5 o 7 a 1, dependiendo de la sustancia. (Conace 2004)

Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) (1890)

El texto *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*, impresiona por la temprana claridad con que Freud plantea la primacía de lo anímico sobre lo orgánico para diversas situaciones. Respecto al tema de la adicción, aún cuando no plantea abiertamente la naturaleza orgánica o anímica de la misma, señala lo acertado y eficaz del tratamiento hipnótico.

En esta época utiliza el vocablo "*Hábito patológico*", para referirse al alcoholismo, a la adicción a la morfina y a las desviaciones sexuales. Qué tipos de desviaciones sexuales son las que Freud considera en la categoría de las adicciones, no es algo que especifique. En el futuro su principal preocupación serán las masturbaciones excesivas y en edades avanzadas, pero no hay razón para asumir que no haya tenido otras experiencias clínicas. Es importante que desde esta época, Freud utilice el vocablo *Hábito* para destacar el factor conductual como el denominador común de estos cuadros, a

diferencia de expresiones como *drogodependencias*, que hacen de la droga la causa de la patología.

Otra mención de Freud a las adicciones es a partir de las observaciones que hace de tratamientos con hipnosis a diversos tipos de pacientes. Cuando la cura lograda por sugestión sólo logra ser temporal, el paciente comienza a necesitar constantemente del sugestionador, generando una “especie de adicción” al tratante. Estas observaciones no son abundantes, pero ello no merma el que hoy nosotros podamos usarlas para señalar cómo un particular hábito de consumo genera un cuadro similar a la dependencia en el contexto de una relación terapéutica o pseudoterapéutica. La aparente incongruencia entre las expresiones “hábito de consumo” y “dependencia terapéutica”, tiene que ver más con los campos semánticos que las refieren a objetos diferentes, que con desigualdades radicales tocantes al fenómeno relacional que se implica en cada una y que les da su similitud.

Posteriormente, en textos como *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, Freud indagará en la particular manera de dependencia con que los seres humanos se vinculan a otros configurando distintas Masas. Ejemplos con que ilustra la exposición son la iglesia y el ejército. Resulta sugerente la similitud entre la relación al líder y al ideal que se da en la masa, con la organización de las relaciones entre paciente y tratante que se imponen ya en el hospital, ya en el seno de una comunidad terapéutica.

Es conveniente señalar la actualidad del fenómeno de dependencia terapéutica, pues médicos, psiquiatras, psicólogos e instituciones de tratamiento de adicciones, suelen explotarlo con mayor o menor consciencia. Sin embargo el tema de la dependencia terapéutica, pese a la existencia de herramientas de medición como el TISS 4,5 (Therapeutic Intervention Scoring System) y una profusa investigación internacional, no es una variable considerada en la mayoría de las mediciones nacionales relativas a la eficacia de los planes de salud pública, aún cuando son evidentes los efectos que puede tener sobre distintos indicadores como el de adhesión al tratamiento y el de cobertura, por ejemplo. Puede que un motivo de la poca integración de esta variable a las evaluaciones locales se deba a que adherencia y la cobertura son criterios de éxito y de asignación de fondos pecuniarios por parte del MINSAL.

Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière* (1892).

Es el año de 1892 y comienza la serie de publicaciones de Charcot que Freud traduce. Y si bien no alude en ellos abiertamente al tema de las adicciones como en sus antiguos escritos, da los primeros indicios de una complejización de la relación entre histeria e intoxicaciones. Freud señala que le cuesta, y hasta el momento del escrito no lo hace, poder incluir las histerias que describe

Charcot tras una intoxicación con mercurio, dentro de la teoría psicológica de producción de la histeria y de las neurosis de angustia.

En pocos años Freud ha encontrado nuevos maestros y nuevas intuiciones, y ha desarrollado algunas antiguas. Para esta época el valor de la herencia en la histeria ha pasado a ser cosa menor y encontramos todas las conceptualizaciones de la histeria que presentará junto con su amigo y maestro José Breuer, y que se revisarán en el apartado siguiente.

Los términos psicológicos se acrecientan, pero también la intensidad con que Freud busca establecer las bases neurofisiológicas de los procesos que ora describe, ora infiere.

El término de consciencia segunda, pese a ser reemplazado con el tiempo por inconsciente, será fructífero, pues en el camino que recorre Freud para poder dar cuenta acabada de aquél y del cómo se establecen el o los contenidos mnémicos de los ataques histéricos, apelará a los mecanismos generales del aprendizaje, típica y erróneamente identificados como propiedad del conductismo, dando un nuevo valor a la concurrencia, es decir, al papel que tienen los eventos asociados a las causas de la histeria como posibles contenidos mnémicos de los ataques histéricos.

Esto constituye un importante cambio de status para el acto de consumo, pues la ingesta de tóxicos y sus representaciones asociadas que eran un mero factor desencadenante, por lo tanto extrínseco a la histeria misma y no influyente en la terapéutica, ahora por asociación los podemos encontrar como contenido del ataque mismo.

Un paso más. Si seguimos junto a Freud y estimamos que el ataque histérico es una versión patológica del *retorno* de un recuerdo, entonces el pareamiento temporal u otro tipo de asociación, puede haber permitido a la intoxicación alcohólica o de otra sustancia asociarse a la experiencia traumática dentro de la misma unidad de recuerdo y de representación. Luego esta experiencia de intoxicación podrá ahora ser la forma visible del ataque histérico.

Ahora si se considera la característica fijeza con que se presenta dicho retorno del recuerdo, pues entonces ya tenemos las condiciones para que ese contenido mnémico devenido traumático por asociación temporal que es la ingesta de alcohol o droga o un consumo cualquiera, adopte el aspecto de cronicidad, generando un cuadro de ingesta de sustancia que al ser parte de un ataque histérico, "se desarrollará en su máxima expresión y en claro deslinde de otras áreas del cuerpo".

Es para considerar también que este particular deslinde de las áreas del cuerpo que da un aspecto casi antojadizo al advenimiento del ataque histérico, guarde parecido con la especificidad de las claves contextuales que gatillan el deseo

de consumo de ciertos adictos y que tiene también gran influencia en la variación de los síndromes de tolerancia.

Pero ahí no acaba la fecundidad del concepto de consciencia segunda para nuestro estudio. En la última página del texto revisado Freud escribe “*Dentro del estado de la consciencia segunda caen también aquellas impresiones que han sido recibidas durante un estado psíquico inhabitual (afecto, éxtasis, autohipnosis)*” (bastardillas en el original), impidiéndosele descarga adecuada. O sea que para efectos de una generación de consciencia segunda, imprescindible en el ataque histérico, el acto del voluntario olvido (sentido etimológico de amnesia) es tan eficiente al parecer como la ingesta de una sustancia.

Esta capacidad de las sustancias tóxicas de facilitar un estado de consciencia segunda donde se gestarán sus propias asociaciones de acciones y recuerdos (facilitaciones neuronales), muchas veces totalmente separados de los de la consciencia cotidiana, es otra de las observaciones freudianas que guardan gran similitud con investigaciones actuales que desde paradigmas distantes abordan el tema del aprendizaje y la memoria asociada a contextos y a estados de consciencia. (Edelman. G. 2004) (Coon 2005)

Entonces si las sustancias tóxicas pueden facilitar la caída de recuerdo en el estado de consciencia segunda, si pueden por asociación temporal sus conductas de ingesta ser un contenido de los recuerdos histéricos, si pueden ser la forma visible del ataque histérico y también pueden por cualidad de su farmacología excitar el cuerpo y la psique a veces en extremos que impiden cualquier movimiento de descarga como describe en *Sobre la Cocaína*, fomentando también así la histeria ¿no tendríamos ya suficientes pruebas para por lo menos aceptar la posibilidad de que ciertos cuadros de dependencia se traten bajo los preceptos que exige la clínica de la histeria?.

Algunas consideraciones para un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. (1893)

La respuesta a la pregunta que quedó pendiente en el apartado anterior la encontramos en este importantísimo texto. Aquí Freud ensaya una explicación neurológica para el estudio de la parálisis histérica. Las concepciones vertidas son particularmente felices pues aunque no son muy precisas en lo que se refiere a la apreciación de la cantidad de vías nerviosas implicadas, hay muchos aciertos en cuanto a las relaciones entre las mismas, como lo muestra la psicobiología actual. (Fernández Tornini 2001) Sin embargo, lo que hace notable a este texto para el trabajo en lectura, es que aquí Freud desarrolla la fundamentación orgánica de una parálisis histérica como asunto fisiológico, estableciendo un recorrido coherente que sirve de sostén para adjudicar a las representaciones conceptuales efectos en lo somático.

Freud supone que la totalidad del cuerpo se representa en un sector de la superficie de la médula, en donde se agrupan las vías nerviosas y se proyectan en menor cantidad sobre áreas de la corteza. Respecto de esto dos comentarios.

- Para indagar con precisión qué estructuras cito-arquitectónicas denomina Freud médula y corteza y el tipo de relaciones que guardan, se necesita acceder a un trabajo llamado «La estructura de los elementos del sistema nervioso» de 1884, o a «Sobre la relación del cuerpo restiforme con la columna posterior y su núcleo, con algunas puntualizaciones sobre dos campos del bulbo raquídeo», que hasta la fecha no se ha conseguido localizar. Quizás si se logra hacer un paralelo entre las estructuras que Freud distingue en esa época y los conocimientos actuales, pueda probarse la certeza de sus hipótesis.

- Si bien las concepciones freudianas de las relaciones entre las zonas del cuerpo, la corteza y la médula han sido superadas en complejidad y precisión, el postulado que describe la agrupación de los centros y vías neuronales en sucesivos sistemas de integración hasta converger en la corteza, se ha mantenido vigente bajo el nombre de sistema aferente. (Fernández Tornini 2001), (Neuropsychology 2006)

Freud distingue las parálisis cerebrales de las parálisis perifero espinales, describiendo las primeras como masivas, con distintos grados de insensibilidad estratificados de manera decreciente desde el punto caudal hasta la base de la extremidad u órgano afectado, y que ataca a sistemas motores complejos. Las parálisis perifero espinales en cambio son acotadas, pudiendo afectar músculos específicos, y mostrando conservación de la sensibilidad en los polos (la mano) de la extremidad u órgano afectado (el brazo).

Al incorporar el supuesto anatómico del sistema nervioso en donde todo el cuerpo humano se representa en la médula y ésta se proyecta en áreas de asociación en la corteza, Freud propone una nueva categorización de las parálisis, en donde llamará parálisis de representación a la parálisis cerebral y parálisis de proyección a la periférico espinal.

La extensión de una parálisis de proyección la hace masiva por consecuencia, mas no cambia su naturaleza anatómica. La parálisis histérica comparte los caracteres de la parálisis de representación, específicamente los de las parálisis corticales, distinguiéndose de éstas por presentar delimitación exacta e intensidad excesiva. Pero como la anatomía del cerebro sólo puede ser una, "y puesto que ella se expresa en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales, es evidentemente imposible que esta anatomía pueda explicar los rasgos distintivos de la parálisis histérica." Tampoco son lícitas las inferencias en el sentido inverso, es decir de la histeria a la anatomía. Las estructuras no pueden ser de una manera y de otra al mismo tiempo.

“Las parálisis histéricas entonces, se comportan como si la anatomía no existiera y las líneas que dibujan las delimitaciones de sus diversos padecimientos, ya sean parálisis, anestésias, y los síntomas psíquicos, están más dibujados por la creencia de la gente sobre un órgano o miembro, que por la composición del sistema nervioso”. (pág. 206, Vol. 1). He aquí una impresionante introducción de las palabras (representaciones) como interventoras en la forma del ataque histérico.

Esta independencia de la anatomía del sistema nervioso que Freud concluye a partir de la especificidad de las parálisis que se dan en el ataque histérico, la señala como característica de toda perturbación histérica, aún cuando se presente en organizaciones de mayor complejidad, como sería el caso de las afasias, en donde ausencia y reemplazo total y/o parcial de un sistema de lenguaje por otro se da, sin por ello suponer la creación de un sistema anatómico nuevo (Por ejemplo el caso Anna O).

Es interesante que la noción de lesión funcional o dinámica, entre en la obra freudiana de la mano del término *concepción*, entendido como representación, pues abre la posibilidad de concebir el lenguaje como un sistema de modificaciones orgánicas cerebrales y funcionales, generando un modelo de la actividad mental que hoy tiene el grado de paradigma para la escuela funcionalista conexionista en el ámbito de las ciencias cognitivas, de las que personalidades como Elisabeth Bates formaba parte hasta su muerte en el 2003. (Beatty 2001), (MacWhinney 2004)

Freud comenta que en el caso de las lesiones orgánicas, el por qué de la lesión no importa para la determinación de sus efectos; lo que importa es la extensión y la localización. Intensidad y gravedad son juicios apreciativos de extensión y localización. Los caracteres de la parálisis orgánica están determinados por estos rasgos.

En el caso de las parálisis histéricas “ni un cambio tisular se encontrará tras la autopsia”, Freud señala con la convicción de la experiencia. El efecto de éstas es daño cortical funcional; la lesión cortical histérica será “la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción de brazo”.

Freud propone un doble influjo; si las condiciones materiales correspondientes a la concepción de brazo cambian, esto afectará distorsionando la representación y el acceso a la misma. Puede darse también que la capacidad asociativa de la representación sea mermada sin que necesariamente haya una destrucción de la condición material correspondiente, pero sí una alteración funcional permanente, como es el caso de las perturbaciones histéricas. La prueba de la perdurabilidad saludable del sistema nervioso afectado por una perturbación histérica la obtuvo Freud cuando accidentalmente por vía eléctrica “devuelve” la sensibilidad a un sector de la piel del codo de un paciente.

Es el valor afectivo implicado en la idea del recuerdo (representación) el que Freud estima como determinante de su capacidad asociativa y el que indica la vía de tratamiento, pues estas lesiones funcionales se borran, liberando los órganos, sistemas o extremidades perturbados, tan pronto como ese valor afectivo es borrado, a través de una acción motriz adecuada, o del reingreso de la idea aislada y de sus afectos a los “juegos de asociaciones” de la consciencia.

Las cualidades de independencia y especificidad de las perturbaciones histéricas, estarían determinadas por la estructuración lingüística que modula gran parte de su relación al sistema nervioso y al cuerpo. Es posible entonces empezar a abordar de manera diferencial y con una comprensión particular de cada caso, los múltiples cuadros de consumidores cuyo rasgo más vivo del deseo de ingesta es que éste se suscita sólo ante determinadas asociaciones a claves contextuales y a sensaciones, haciendo de este rasgo que tradicionalmente sirve para un tratamiento cognitivo-conductista, un posible criterio de diagnóstico de histeria y de cura en cuanto tal.

¿Existe alguna zona del cuerpo no susceptible de histerizar, de aislar en la consciencia segunda, más si aún hay nombres hasta para los órganos internos? La respuesta es no. Tenemos entonces en este, el argumento que pone fin a la supuesta adscripción del psicoanálisis a lo metafísico y ya no del psicoanálisis solo, sino de todo abordaje de los males del cuerpo y del ánimo, a través de la neurofisiología del lenguaje. Esta es la concepción de la palabra psicología para Freud, de la que sin duda es el legítimo fundador.

Las neuropsicosis de defensa. (1894)

Este es un texto que si bien se basa principalmente en la observación y tratamiento clínico de casos de fobias y “representaciones obsesivas”, constituye en la estima del maestro, un aporte considerable que modifica lo que se entendía por histeria hasta ese momento.

Freud ha puesto a prueba conceptos que hasta hace un año no daba por tan seguros y refuta a Janet; la escisión histérica deviene como consecuencia involuntaria de un acto voluntario (histeria de defensa o histeria adquirida) y hay casos denominados histeria de retención pura, en donde el papel de la escisión de la consciencia, es mínimo. En ninguno de estos casos la escisión de la consciencia implica degeneración o debilidad mental, como sí se la atribuye Janet y el mismo Freud en 1884. (*Sobre la Cocaína*)

En resumen, Freud expone tres formas de histeria:

- De retención, en donde casi no hay escisión de consciencia y la cura es total con el proceso de abreacción.

- Hipnoides, en donde hay una gran escisión.
- De defensa o histeria adquirida, en donde ni la herencia ni la degeneración son razones etiológicas probadas y la escisión de la consciencia es una consecuencia del acto voluntario de querer olvidar o negar una representación.

Es en el mecanismo de escisión de consciencia donde Freud sitúa el denominador común de la histeria, las representaciones obsesivas y las denominadas psicosis alucinatorias. El tener que lidiar con la disminución del valor afectivo de una representación que resulta dolorosa o inconciliable, es el estado de cosas compartido según Freud, para todas ellas. La diferencia entre estas entidades residirá en la forma de tramitación que cada una dé a la suma de excitación divorciada de esa representación inconciliable.

En el caso de la histeria esa excitación se traspone de manera total o parcial a lo corporal, es decir, a la inervación motriz o sensorial que mantenga algún nexo con la representación inconciliable, denominando a este proceso conversión. También se denomina conversión al proceso en el sentido inverso que deshace el símbolo mnémico realizado en el cuerpo. Sin embargo se denomina abreacción al procedimiento por el cual se reconduce la excitación que formó el símbolo mnémico nuevamente a la consciencia y de ahí a una descarga a través del habla. Freud atribuye a la hipnosis, para el caso de las histerias de defensa, la facultad de ampliar el campo de consciencia y poder acceder así al grupo psíquico de representaciones escindidas. Lo que encontramos llamativo es que extiende esta facultad a “todos los estados semejantes al dormir”, pues ellos *“cancelan aquella distribución de la excitación sobre la que descansa la «voluntad» de la personalidad consciente”*. ¿Pueden estar las drogas hipnoides o aquellas de particular efecto onírico como la marihuana y el LSD en esta categoría de estados semejantes al dormir? ¿Pueden estas drogas conducir a una expansión del campo de la consciencia y/o a una conversión curativa?

El origen común de la histeria y la neurosis obsesiva nos plantea la posibilidad, de que si una dependencia podía presentarse como contenido de un ataque histérico y por ello como la forma visible del mismo, ahora Freud nos muestra que no hay razón para desestimar la posibilidad de que una dependencia se de dentro de un cuadro de representación obsesiva.

La neurosis obsesiva es el cuadro que resulta si el excedente de estimulación se desplaza en vez de a lo somático, a otra representación, a través de lo que Freud llama enlace falso, rebajando así el valor afectivo de la representación inconciliable y restringiendo su asociatividad en la consciencia. La representación obsesiva será esta nueva representación investida con el excedente de estímulo de la representación reprimida, que dentro del ámbito de la consciencia tendrá un valor afectivo incoherente y/o desproporcionado en relación a las representaciones que la evocan. La representación reprimida, por

otra parte, conformará un estado de consciencia segunda articulando un complejo de representaciones asociadas, pero se podrá acceder a estas sin necesidad de hipnosis.

Tenemos entonces una misma situación para diversas formas de enfermar, según sean las defensas que se ocupen. Por ello es que Freud apelando a su experiencia clínica, ejemplificada con casos, señala la necesidad de aceptar la existencia de las neurosis mixtas.

Esta exigencia de la clínica a la teoría ya es suficiente para que a la luz de la revisión que hemos hecho anteriormente, demos por aceptable la existencia de una dependencia imbricada en un cuadro de neurosis obsesiva. Es más, si aceptamos lo que señala la OMS a través de su libro oficial, el CIE 10, en donde describe que *"...la manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable)..."* (OMS 1995) y asumimos que para el psicoanálisis el deseo es una entidad independiente de la droga como objeto único, sino que puede ligarse a diversos objetos, entonces el primer caso que narra Freud al final del capítulo II, deberíamos diagnosticarlo como una dependencia a la masturbación, tal como lo define Freud. En rigor el diagnóstico debería ser Trastorno de dependencia sexual con especificación a la masturbación, en un cuadro de neurosis obsesiva.

Es la caída en estado de consciencia segunda del complejo de representaciones asociadas a la masturbación y el desplazamiento a otras representaciones de sus montos afectivos, lo que forma la representación obsesiva. Esto no escapa a la vista de Freud, pues más adelante reconducirá la etiología de la adicción a los mecanismos de la masturbación.

Otro punto que deja sin lugar a dudas que dicho caso es el de una dependencia sexual, lo constituye que el tratamiento de algunos meses haya ido acompañado de *"una vigilancia muy severa"* ¿Para qué dicha vigilancia? La respuesta lógica es; para que no vuelva a masturbarse. Entonces mejor se reformula la pregunta ¿Por qué esta vigilancia? ¿Cuál o cuáles son las exigencias veladas de las dependencias, sino de las patologías de consumo todas, que se actúan en esta constante de la vigilancia? Este es un tema a desarrollar en las conclusiones.

Hace algunos párrafos atrás nos preguntábamos si la potencia de la droga era razón suficiente para generar una histeria, y porqué no, una neurosis obsesiva. La respuesta de Freud es clara; en su clínica él ha podido ver que es la vida sexual la fuente de la totalidad de las experiencias afectivas penosas e inconciliables. La ingesta de sustancias aparecerá entonces como un factor asociado a un conflicto devenido en la vida sexual del individuo. Sin embargo como pudimos ver en el caso citado, las dependencias pueden darse ya no en asociación, sino dentro de la vida sexual misma, bajo la forma de una dependencia a una práctica sexual específica, como por ejemplo la

masturbación. De esto resulta entonces, que el objeto de la dependencia se constituye en una práctica sexual en sí, por lo que puede ingresar de lleno a la etiología de las neurosis.

Estos aportes para la comprensión de la neurosis obsesiva enriquecen también el entendimiento y tratamiento de las dependencias y la histeria, por la frecuente existencia de neurosis mixtas y trastornos de la personalidad complejos, en los sujetos dependientes de algún tipo de consumo.

Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. (1894)

En este trabajo Freud profundiza en ambos cuadros, estableciendo sus respectivos caminos de formación. La principal diferencia entre las dos patologías radica no en su origen, que es el mismo, y por ende comparten un trayecto común con la histeria, sino en el tipo de afectos que puede presentar cada una. Así mientras en las obsesiones hay diversos afectos como la culposidad, la rabia, la excitación, etc., en la fobia sólo hay angustia.

Veamos primero que sobre lo ya sabido respecto de la neurosis obsesiva Freud agrega que:

- *“El estado emotivo como tal está siempre justificado”.*
- *“Que el estado emotivo se ha eternizado”.*
- *Que la idea asociada a ese estado emotivo ya no es “la idea justa, la idea original, en relación con la etiología de la obsesión, ella es un reemplazante, un sustituto.”*

La novedad en el tema de las obsesiones es que se abre la explicación a una serie de conductas características asociadas, que habían quedado hasta este momento como incógnitas. Estas conductas se presentan como otro posible reemplazo de la idea original inconciliable, que en sí mismos constituyen sustitución de ella sin necesidad de ir aparejados de representaciones obsesivas. Estas conductas, informa Freud, en cierto momento original *“sirvieron como alivios o procedimientos protectores, y que ahora se encuentran en una asociación grotesca con un estado emotivo que no concuerda con ellos, pero que ha permanecido el mismo y está tan justificado como en el origen.”*

A continuación en el texto se enumeran una serie de casos de los que tomaremos sólo los iniciales por ser más acordes a nuestros intereses.

El primero es el número uno en la lista expuesta, y fue mencionado con anterioridad en *Las Neuropsicosis de Defensa*. En esta ocasión Freud enuncia refiriéndose a la muchacha: *“Se reprochaba el onanismo que practicaba en secreto sin poder renunciar a él. Fue curada mediante una vigilancia escrupulosa que le impidió masturbarse”.*

¿La vigilancia fue la curación? Es, para decirlo suavemente, decepcionante que un observador de la agudeza de Freud, con su experiencia anterior en el ámbito de las drogodependencias, estime que un cuadro de este tipo se cura mediante unos meses de vigilancia. Sin embargo aún cuando esta solución produce rechazo, se señala pues claramente no puede ser la neurosis obsesiva la que el maestro cree curar con la vigilancia. ¿Alguien puede afirmar que una conducta obsesiva se suprime, según Freud por la vigilancia? Claramente no. Entonces ¿que *curó*?; la dependencia específica a la masturbación. Un cuadro que en esta época Freud destina a una terapéutica diversa y que en este caso expuesto, lo encontramos a la base de una neurosis obsesiva.

El segundo caso es el de un joven estudiante con una neurosis obsesiva de aspecto similar por la profusa cantidad de sentimientos y representaciones culposas que se imputaba. Y da la coincidencia que también compartía el extendido hábito de la masturbación. Sin embargo Freud estima que el enderezamiento del caso se produjo esta vez no al vigilar su hábito de masturbación, sino al dar cuenta en un recuerdo consciente del momento en que, producto de la lectura de un libro “*cuasi médico*” según Freud, este joven vio calificada su práctica auto erótica como corrupción moral, impresionándose.

Sólo se consignará al paso los posibles prejuicios asociados al género que Freud pudo haber tenido para tolerar un tratamiento tan diverso de un asunto relativamente similar. Se deja eso pendiente, y se proseguirá destacando una cuestión parecida al caso anterior.

En ninguna parte consta que el paciente haya dejado de masturbarse. El acento de Freud en el calificativo de “*cuasi médico*” que da a la literatura que impresionó al muchacho sugiere que esa calificación en un inicio no era compartida por el joven. Sólo en la medida que ese texto fue denostado como fuente de verdad, llegando a compartir el juicio de Freud respecto del mismo, es que entonces cesó la culpa sobre el hábito de masturbación y cesaron las representaciones obsesivas ¿Pero cesó la masturbación? Freud no lo sabe, ni lo dice, pero a largo plazo lo seguro es que no ¿Se afirma con esto que la neurosis obsesiva, no se cura? Así es.

El tratamiento que brinda Freud en ambos casos a estas dependencias a la masturbación, repiten punto por punto las funciones yoicas que fallaron originalmente, actuando en sus directrices clínicas la represión y/o la permisividad respecto del síntoma, revelando la función ortopédica del yo que tan característicamente se produce en toda clínica de la neurosis que falla por encontrar su límite. Por ello se toma distancia de la manera que Freud tiene en esta época de pensar la masturbación como algo del todo diferente de la neurosis obsesiva, y del tratamiento consecuente.

La neurosis obsesiva es un cuadro que puede darse en la forma de una dependencia, y pretender guiar una cura sin asumir este nexo, como en el

segundo caso donde el hábito de la masturbación quedó intocado por el tratamiento, lleva a repetir la situación que describe un conocido chiste; Se encuentran dos amigos y uno le confiesa al otro que una práctica vergonzosa devenida en la infancia, aún está vigente y lo atormenta, a lo que el amigo le recomienda ir al psicólogo. Se encuentran nuevamente al tiempo después, y quien hizo la recomendación abre la conversación preguntando por el estado del primero, el que responde que aún persiste la práctica en cuestión, pero ya no siente vergüenza. Esto que se presenta como material humorístico, en la clínica de las dependencias es muy delicado, pues el resultado de una intervención de este tipo es la producción de una dependencia egosintónica con un altísimo porcentaje de abandono de tratamiento y aumento del deterioro físico y social por consumo crónico.

Tanto el modo de actuar clínicamente frente a la masturbación, como la imposibilidad puramente personal de Freud de abordar la masturbación dándole el status de formación de compromiso, es otra evidencia clínica de lo importante y promisorio que es el estudio de las histerias, de las neurosis obsesivas e incluso de las fobias, para la comprensión de cuadros complejos en los que las neurosis y las dependencias no siempre guardan los mismos tipos de relaciones, exigiendo siempre un estudio del caso a caso.

Hay un último aspecto de las neurosis obsesivas que no hemos explorado en su relación con las dependencias, y es el de las conductas obsesivas. La descripción que Freud hace de éstas ya fue enunciada y lo central es que en una primera experiencia sirvieron como alivio o como procedimiento protector, para después reemplazar la idea original inconciliable. ¿Qué tipos de relación pueden establecerse entre estos procedimientos de alivio y protección y las conductas de dependencia y consumo? A decir verdad la expresión "*conducta de alivio y protección*" podría fácilmente ser incluida dentro de la definición de dependencia. Es sabido que el alivio y el placer sean quizás la causa más común para el inicio del consumo de drogas y actividades legales o ilegales. Por ello es que este tipo de relación de las dependencias con la neurosis obsesiva es quizás la más estudiada y la más fácilmente pensable.

El interés por dar base material a los diversos cuadros psicopatológicos que expone, es un permanente interés de Freud, y pese a que tiende a tratar en mayor extensión la patología histérica, no hay motivo aparente para pensar que las fobias y las obsesiones no comparten algunos de estos hallazgos como el de darse sobre la base de lesiones funcionales, sobre todo considerando el origen común que los emparenta.

Con la incorporación de un agente exógeno como la droga en el circuito de una dependencia que se da dentro de una histeria o de una neurosis obsesiva, más de alguien podría pensar que se debería abandonar la condición de lesión funcional, para ingresar al campo de una dependencia química (López 2006) sólo tratable por los medios tradicionales de la hospitalización. Se pospondrá la elucidación de esa errada opinión para las conclusiones, pues estamos recién

en 1895 y aún cuando la mayoría de los principales conceptos fundantes del psicoanálisis como represión, consciencia segunda, yo, el principio de homeostasis, el principio de constancia, desplazamiento, entre otros, ya están presentes, queda mucho camino por avanzar junto al maestro.

Estudios sobre la histeria. (Breuer y Freud) (1893-95)

Escrito junto con J. Breuer y publicado en 1895, en el mismo año que Freud escribe su *Proyecto de Psicología*. Este hecho es digno de notar, puesto que en *Estudios sobre la Histeria* la *Parte Teórica* pertenece a la pluma de Breuer, y en ella expone la teoría de los estados hipnoides, prontamente desechada por Freud, y hace ahí afirmaciones relativas a la inutilidad de usar términos como el de excitación cortical, del que Freud se ha servido profusamente en sus estudios de las parálisis. Ya que estos capítulos en diversas reediciones fueron eliminados, ¿corresponde usar el inconcluso *Proyecto de Psicología* como desarrollo de las bases materiales de las neurosis, teniendo en cuenta esta contemporaneidad aludida? Quizás en una revisión de este tipo, al final de la vía será imposible no hacerlo. Pero como son conocidos los cambios de postura que Freud tuvo para con su amigo y ambivalentemente reconocido maestro, igual se dedicarán unos párrafos para revisar el polémico capítulo de Breuer.

Este *Estudios sobre la Histeria*, viene a ser una republicación más desarrollada de varios textos que ya hemos revisado, por lo que se intentará evitar las repeticiones innecesarias y sólo se destacará aquellos aspectos que suscitan novedad.

Freud comienza declarando que el conocimiento fue más claro en la neurosis obsesiva que en la histeria. Esto lo escribe aún cuando la posibilidad de sustitución de una representación por una conducta, deja en aparente contradicción la claridad de la definición de neurosis obsesiva, como continuación en el ámbito de lo psíquico del excedente de estímulo desplazado de la representación inconciliable.

En el historial clínico de Anna O. se señala que los síntomas corporales de la histeria no ceden ante los narcóticos. He aquí una prueba de su limitada capacidad para provocar descarga o facilitar descarga libidinal, en comparación con los estímulos devenidos de la vida sexual, respondiendo así a la pregunta que había quedado pendiente.

¿Puede alguien hacerse dependiente a una sustancia que le causa malestar? La respuesta es no. En la prolongada serie de repeticiones de consumo que por lo general se debe hacer para generar un síndrome de dependencia, el consumidor debe hallar una cuota de beneficio y placer, pues de lo contrario los mecanismos del aprendizaje nos enseñan que lo formado será una aversión, y en muchas menos sesiones. Breuer observa que la reacción afectiva que

suscitaba en la paciente el efecto del cloral, cambiaba diametralmente dependiendo de la presencia o ausencia del médico tratante. Invita este caso entonces, a pensar que esa cuota de placer necesaria para la dependencia no está *garantizada* por la farmacodinámica de la droga, que en un momento avanzado del consumo es incapaz de producir (Perez Franco 2007), sino por la materialización de las condiciones del deseo, que son diversas, inestables y de las que el consumo de alguna sustancia sólo es una parte. Cabe consignar en este punto que la temática relativa al goce no se abordará por requerir la integración de los constructos relativos al Edipo y la Castración, que se desarrollan con posterioridad a 1910.

Suscita la reflexión el síntoma del dolor, en el caso de Elisabeth Von R. Es un síntoma que pone en jaque la posibilidad de sostener una palabra, al *entrometerse* (mitsprechen), ocupando la expresión de Freud, en la conversación, en el devenir lingüístico del análisis. Como en este caso es una histeria lo tratado, el síntoma que se entrometía era histérico, es decir una inervación somática. Esta cualidad de entrometerse del síntoma histérico ¿puede hacerse extensiva al síntoma neurótico en general?, ¿qué habría pasado si hubiese sido una neurosis obsesiva con conducta sustituta?, y más ¿y si esta conducta obsesiva hubiese sido la del alivio por ingesta de alcohol, o de cigarrillo por ejemplo? El concepto de entrometerse, que tan acertadamente nos trae Freud, nos muestra cómo el síntoma intenta sabotear el espacio de tratamiento y aumenta su intensidad de presentación a medida que más cerca se esté de abreaccionar los afectos y representaciones claves que lo sostienen. Un tratamiento de dependencias debe ser capaz entonces de desarrollarse admitiendo la posibilidad de recaídas o entrometimientos del síntoma que se darán en el camino a una mejora, y que no tienen un número determinado y estándar. En la mayoría de los tratamientos actuales cierto número de recaídas es motivo sanción o término de proceso.

¿Puede el orgasmo considerarse como experiencia cercana u originadora de los estados de consciencia segunda? Breuer señala la similitud entre el orgasmo y los estados hipnoides en dos puntos; el estrechamiento de la consciencia y la casi ausencia de palabras.

A propósito de las obsesiones, el orgasmo en tanto experiencia de placer tiene los requisitos necesarios para ser considerado como experiencia de alivio y/o protección, por lo que perfectamente es una conducta elegible para sustituir a una representación inconciliable. ¿Será entonces que la dependencia a la masturbación en la muchacha del caso señalado por Freud en los textos anteriores, no era lo que estaba a la base de la neurosis obsesiva, sino la neurosis obsesiva misma, y esta masturbación era la conducta de alivio y protección de una representación que Freud jamás abreaccionó sino sólo censuró y desplazó?

Freud es enfático en destacar que la histeria no excluye la posibilidad de desarrollo intelectual, moral ni material. Y lo mismo hacemos válido para la

neurosis obsesiva y las dependencias. La clínica y la historia del arte ha mostrado que un consumo se ha podido sostener por años sin afectar otras áreas de la vida del sujeto, hasta que cierto evento desencadenante eleva la ejecución de la conducta defensiva hasta hacerla incompatible con el resto de la vida en sociedad por la cantidad de tiempo, energía y recursos que se le destinan. No se está afirmando que esto sea algo positivo, pues en el período de consumo socialmente funcional se pueden producir considerables daños a la salud del individuo. Lo que se pretende establecer, es que otro rasgo que comparten las neurosis con las dependencias, ya sea que se presenten de manera asociada o no, es la capacidad de existir por largos tiempos en la vida de los individuos, sin generar estados de desastre, contrastando la imagen terrorífica con que erróneamente las campañas publicitarias pretenden significar no tan sólo a las diversas dependencias, sino además cualquier simple consumo de droga.

Para Breuer la histeria será un mal orgánico y de representación al mismo tiempo, cuya base es la anormal excitabilidad del sistema nervioso. Gran parte de la argumentación que presenta nos lleva al campo de las relaciones entre la histeria, los estados hipnoides y el sueño. En verdad, pese a la existencia de ideas que más tarde se asemejarán a algunas de Freud, como la energía retrocedente (regresión), los capítulos de su colega muestran ideas muy distantes de las que el maestro viene sosteniendo desde hace algunos años. Por ejemplo al describir los síntomas histéricos considera que ninguno de los dos grupos que él establece guarda relación con la representación excitadora.

En general la argumentación breueriana es engorrosa y no supera la noción de daño funcional que acuñara Freud años atrás. Pero tampoco es del todo infértil pues al dar cuenta de la similitud entre sueño y estados hipnoides, nos permite plantear cuestiones como ¿es la droga un onirismo químico?

Para Breuer es un problema la fuente motriz de la energía constante necesaria para el funcionamiento neuronal. El estar despierto es un gasto de energía. Si el dormir es un descanso, un alivio ¿hay drogas que se asemejen en su mecánica química al dormir, como un falso descanso?

Los actuales conocimientos de la naturaleza química de la sinapsis ofrecen solución al problema de la energía y al problema que se plantea Breuer respecto de la diferencia entre la interacción nerviosa del proceso consciente y del inconsciente. Era un error buscar sistemas neurológicos arquitectónicamente diferentes pues puede haber dos o más tipos de sinapsis en la misma estructura o sistema.

Pero algo que es certero en Breuer son algunas de sus nociones respecto de los mecanismos del sueño, específicamente cuando señala al despertar como una necesidad de drenar tensión acumulada en la actividad del dormir. Considerar el sueño como actividad, es algo comprobado desde ya varios años por los estudios con Electro Encéfalograma (EEG). Además, el vigente modelo

de los sistemas de mutua inhibición entre el sueño y la vigilia comparte esos postulados. (Roche 1976), (Tornini 2001), (Neuropsychology 2006).

Siguiendo a Freud, este médico suscribe como principio, la tendencia a mantener constante la excitación intracerebral, y señala que en los estados de vigilia puede llegarse a penosidad anímica por imposibilidad de descarga. Nótese la similitud de este estado descrito, con cierto tipo de depresión (melancolía por esos años) normal, por ejemplo la de un duelo. Con lo que ya sabemos de los objetos de consumo como experiencia sexual efectiva, tenemos argumentos suficientes para estimar a esta penosidad un terreno propicio para que el consumo de droga u otro objeto sexual se instale cumpliendo de manera parcial y siempre insatisfactoria, siempre apelando a más, la función de una descarga que mantenga constante la excitación intracerebral en un contexto de depresión-privación. Luego Freud profundizará los vínculos entre melancolía, dependencia, neurosis y neurastenia.

La experiencia clínica con adictos ha mostrado que en no pocas ocasiones bajo la apariencia de un síndrome de dependencia se encuentra la defensa frente a una depresión, y en todos estos casos ha sido un pésimo recurso el enfoque interdisciplinario que recomienda medicamentación para la depresión, pues justamente lo que se hace con ello es aplacar los montos afectivos cuyas cimas nos permiten orientar la terapia. El temor al acto suicida del otro que algunos esgrimen como el argumento irrefutable que obliga a la medicamentación tiene mucho más de salvaguarda del propio prestigio que de un interés legítimo y un respeto por las decisiones de ese otro.

La razón del alcance a los cuadros mixtos de depresión y dependencia, es que al igual que en todos los otros cuadros expuestos, pese a que el actor más espectacular pareciese ser un fármaco, la solución no se ha encontrado en otro fármaco, por más que algunos lucren sosteniendo esa vía, sino en la posibilidad de recurrir a un afecto que se ha resuelto por un camino incorrecto en la medida que nos sigue causando dolor, que sigue provocando estas lesiones funcionales que señalaba Freud, por las que los reconocemos.

Cuánto se demora una lesión funcional en el caso de estos cuadros mixtos (pues las dependencias forman siempre un cuadro mixto), en generar un efecto anatómico, es algo que se desarrollará en las conclusiones, aunque en modo alguno nos saca de curso, pues en los apartados B y C Breuer roza tópicos similares. Señala en ellos la posibilidad de modificación del sistema nervioso ya sea por falta o exceso de los elementos que lo componen y el consecuente aumento en la excitación con fines motrices de restitución. Esta modificación estructural del sistema nervioso también será posible mediante *“el continuo aporte de sustancias extrañas”*, entonces los *“estados de desequilibrio son condicionados también por su carencia, como la carencia de las sustancias nutritivas en la persona sana; es el desequilibrio por la abstinencia de narcóticos”*.

Que a mayor sea la intensidad de la excitación, menor será la posibilidad de usar representaciones, es algo que infiere el galeno de su propia práctica, pero aún cuando altos niveles de excitación perturban el curso de las representaciones, ni en el orgasmo, puesto como la máxima excitación posible, las representaciones están ausentes del todo, y aún estos eventuales espacios sin palabras se insertan en relatos, es decir en un devenir de lenguaje, lo que devuelve la posibilidad de *incorporarlos* clínicamente.

En general el enfoque de Breuer es de un biologicismo dualista, considerando lo físico por un parte y lo representacional por otra. Prueba de esto lo encontramos en el tratamiento que da a la formación de la conversión en la histeria, en donde atribuye el pareamiento de la representación afectiva y la facilitación de los reflejos anormales, puramente a las leyes generales de la asociación, y reserva para los grados más altos de la histeria el denominado determinismo simbólico, entendiendo por éste la serie de representaciones "*risibles*" y llenas de "*juegos de palabras*" que median entre la representación afectiva y el reflejo anormal facilitado. Este fenómeno del determinismo simbólico "*sólo acontece en estados oníricos con aminoramiento de la crítica*".

Es esta misma base paradigmática la que eventualmente alejará a Breuer de comprender las posibilidades clínicas de su propio descubrimiento. A continuación veremos cómo es que Freud en su abordaje de las bases biológicas del psicoanálisis intentará superar el dualismo que algunos profesores de universidad y *doctores* aún torpemente le atribuyen, y fundamenta la validez de una intervención del cuerpo a través de la palabra, para diversas patologías de las que las dependencias son una parte importante.

Proyecto de Psicología. (1895)

Es difícil entender el porqué Freud se mostró tan inconforme con este texto, que salió a la luz sólo póstumamente en 1950, siendo esta extemporaneidad la causa de que algunos enemigos del psicoanálisis, ya por mala intención o por simple ignorancia, hayan declarado las bases biológicas del mismo como obsoletas. Pero desde hoy se la puede apreciar como una obra llena de interesantes intuiciones, varias con plena vigencia.

Para no sucumbir ante la extensión y profundidad temática del *Proyecto de Psicología*, se presentarán de manera separada los principios de inercia, el principio de constancia, la teoría de la investidura, el sueño, la vivencia de satisfacción y los estados de deseo, el dolor y el displacer, el yo, los procesos primarios, secundarios y del pensar, el lenguaje, y por último la consciencia. Además de manera paralela se hará un breve cotejo de algunos de estos conceptos con elementos del paradigma neuronal, en la búsqueda de establecer de manera tentativa cimientos de bases biológicas vigentes para el psicoanálisis. No se estima impertinente esta labor pues es el campo de las

dependencias y las adicciones uno en los que de manera más frecuente chocan los tratamientos de vertientes psicoanalíticas o derivadas, contra las prácticas concretas del saber positivista y/o psiquiátrico, más allá de su fraseología reformista.

El principio de inercia

Es lamentable que así como aún se cuenta con unas obras verdaderamente completas de Sigmund Freud, el estudiante que se inicia, pensando en obtener beneficio, se encuentre en su búsqueda de claridad con diccionarios que en vez de exponer fielmente los entendimientos de Freud, proyectan sobre éste la sombra de sus propias limitaciones, revelando una difundida falta de humildad y un deseo execrable y perverso de querer a toda costa sustituir a la figura del maestro, bajo el pretexto de ir más allá. El abordaje de los principios de inercia y constancia no ha escapado a la triste labor de estos exégetas.

En *Fetichismo*, de 1927 Freud, discutiendo con Stekel, da cuenta de un rasgo de sí mismo que es conveniente tener en cuenta en todo momento; toda ley que pretenda para los fenómenos que estudia, sólo deviene de la observación de ellos y jamás se instala como principio a priori, importado de otras áreas del conocimiento.

No tener en cuenta este rasgo profundamente arraigado en el maestro, es lo que ha llevado a confundir la actividad permanente que hace Freud de establecer similitudes entre las leyes derivadas del aislamiento de variables constantes de los propios fenómenos observados y principios ya existentes generados en otras ciencias, con una especie de identidad que Freud aspiraría para con estas leyes venidas de ámbitos a veces muy distantes. La aplicación práctica de este desconocimiento relativo al proceder freudiano es el que lleva a igualar un principio de inercia devenido de la observación del sistema nervioso con un principio de inercia perteneciente a las leyes de la física.

Para Freud el principio de inercia es la tendencia de las neuronas a descargar (aliviarse) la estimulación que las excita.

La vigencia del principio de inercia en la actualidad, encuentra su asidero en los formidables conocimientos del funcionamiento del sistema nervioso que nos brinda el paradigma neuronal. Para exponerlo de manera muy resumida, la magnitud de respuesta producida en la membrana del neurito por un estímulo que genera un potencial de acción superior al umbral, genera una actividad excitatoria de propagación inevitable del punto excitado al punto no excitado de la membrana, en forma sucesiva, con una velocidad constante y con una amplitud también constante. Dicho más simplemente, una vez estimulado el neurito de una neurona, esta neurona tenderá inevitablemente, determinada por su estructura, a la aligeración del estímulo a través de la descarga del impulso generado. (Fernández Tornini 2001) El principio de inercia, es

entonces vigente como una observación relativa al operar de la molécula del sistema nervioso llamada neurona.

Si bien en la época de Freud, no se conocían los detalles correspondientes a lo que sucede en el espacio de la sinapsis, hay evidencias suficientes para pensar que Freud no sólo manejaba la noción estructural de la neurona, sino que también estaba al tanto de las observaciones relativas al modo de evocación de respuesta de las neuronas, pues los primeros estudios de mediciones de los potenciales eléctricos, y el registro de sus cambios, eran posibilitados desde 1780 gracias a los estudios de Luigi Galvani.

La familiaridad de Freud con la teoría química de las neuronas tiene su prueba absoluta en la carta 45 a Fliess; *“La teoría química de las neuronas me convence cada vez más; yo partí de presunciones similares a las que tú me describes; pero ahora también me encuentro en un callejón sin salida,...”*. La fecha de esta carta es 1896, expresando en ella la situación de posible solución a través de la teoría química de las neuronas, al atolladero explicativo que terminó por hacer desistir al maestro de llevar a término su *Proyecto de Psicología*, o como él la llamaba, su *Psicología*.

Las metáforas alusivas a la electricidad distrajeran incluso a un experimentado Strachey, que dejó sin tratar la naturaleza química de Q y Q eta, expresiones con que Freud designa las cantidades de estímulos provenientes del mundo exterior, y los cocientes de esta estimulación exterior percibidos por la estructura del sistema nervioso, respectivamente. Dicho sea de paso, esta función traductora y protectora que realizan las terminales nerviosas ubicadas en los sentidos (sistema Pfi) es otra anticipación freudiana a lo que actualmente conocemos como determinación estructural de la estimulación, que a nivel del sistema nervioso toma el nombre de *“oclusión operacional del sistema nervioso”*. (Fernández Tornini 2001)

El principio de inercia daría cuenta de la función (tendencia a la descarga) determinada por la estructura de la neurona que genera potenciales de acción cuando la facilitación de la sinapsis por la acumulación de neurotransmisores y otros factores, sobrepase el umbral de excitación de la membrana, ya sea del soma o del neurito.

El principio de constancia

Algo del todo similar sucede con el principio de constancia, y que es una consecuencia de lo acontecido con el principio de inercia. Al alienar al principio de inercia del *dominio* (Maturana 1984) biológico en el que se generó, el principio de constancia que se asocia a los procesos psíquicos secundarios también se desfigura, haciendo difícilísimo entender como estos dos sistemas pueden cohabitar en una misma estructura orgánica. Pero para nosotros esa dificultad se desvanece (para dar lugar a otras posteriores). El principio de

inercia es correcto en cuanto constituye la descripción de una característica funcional constante, determinada por la estructura del sistema nervioso.

Lo que Freud denomina principio de constancia es el afán por mantener en un nivel constante las cantidades de excitación acumuladas en el sistema nervioso, a través de la tramitación por vía asociativa, o por descarga motriz.

Recordemos que lo que percibe el sistema nervioso como aumento en la cantidad de la excitación proviene tanto del registro del ámbito exógeno (amenaza de destrucción), como endógeno (necesidad de incorporar un componente vital como el agua) del sistema. Puede leerse entonces, y con claridad, que el sistema nervioso responde a los requerimientos de un sistema mayor del que es parte, que exige el reestablecimiento de sus componentes necesarios para funcionar.

En otro paradigma se entiende esta tendencia a la mantención de un estado estable para funcionar, como el resultado visible en los sistemas vivos secundarios o pluricelulares, de la organización autopoyética de los sistemas vivos primarios, es decir de las células. Recordemos que la neurona es una célula especializada. (Fernández Tornini 2001)

La organización autopoyética de los sistemas vivos primarios se define como el sistema de interacciones intrínsecas que se caracteriza porque las secuencias de interacciones terminan generando los mismos elementos que las iniciaron (Fernández Tornini 2001). Es un modo cíclico de interacción intrínseca que permite la reconstitución de los elementos iniciales. Al equilibrio de los elementos que constituyen la estructura de un sistema vivo, sea primario o secundario, se le llama estado estable u Homeostasis. El principio de constancia que Freud tan acertadamente percibe, es la expresión en el sistema nervioso de la tendencia a la Homeostasis. Se fundamenta de esta manera entonces la base biológica del principio de constancia freudiano.

Para sintetizar, el dominio de acción del sistema nervioso es subjuntivo del dominio de acciones del sistema vivo. Ahora en el dominio de funcionamiento del sistema nervioso se harán sentir con mayor poder las funciones características de su determinación estructural, pero éstas no están exentas a la influencia y requerimientos del sistema vivo en su totalidad. En fin, el juego de mutuas inhibiciones y excitaciones estará determinado por los resultados que tienen para la vida del sistema.

El sistema nervioso entonces claramente puede sustentar el accionar de estos dos principios.

Un último comentario respecto a la homeostasis y al principio de la constancia freudiano, es que al momento en que el vienés acuña su concepto, la Homeostasis ya había sido descubierta como propiedad del cuerpo por Claude Bernard varias décadas antes, en 1860. Dado el paso de Freud por Francia en

su juventud no es descartable la posibilidad de que éste tomase ahí conocimiento del hallazgo del galeno francés.

La teoría de la investidura.

Los principios que quiere Freud para su psicología, es decir para su psicoanálisis, son todos de plena vigencia: el principio de constancia, el de inercia, y la existencia de un sistema de neuronas que son diferenciadas.

Hemos llegado a un lugar crítico de la teoría freudiana, pues la teoría de la investidura, y el cómo se forma, es para diversos autores uno de los puntos más oscuros de la obra del maestro.

Se dejará planteado en este trabajo un ensayo de definición del concepto investidura, bastante breve, claro y que se habrá de desarrollar en trabajos posteriores.

Es solamente con el *Proyecto de Psicología* que se puede tener una idea clara de lo que Freud entiende por investidura. Lamentablemente su tardía edición, las exégesis incompletas tanto de Strachey como de Laplanche (Laplanche y Pontalís 1996) y las insistentes alusiones a una Qeta de naturaleza eléctrica en las lecturas breuerianas de la naturaleza de la estimulación nerviosa (Breuer y Freud 1893), han dificultado enormemente poder apreciar la precisión de este término.

Las posibilidades de concebir químicamente Q eta, permiten entenderla por ejemplo, como la cantidad de neurotransmisores y mensajeros secundarios presentes en una sinapsis o en las sinapsis propias de una vía neuronal. Esta lectura brinda lo necesario para dar una base sólida a la teoría de la investidura, que sería *el proceso* a través del cual se fijarían estas Q eta, a vías y complejos neuronales asociados (correlativos) a representaciones e imágenes, ya sea que estos correspondan a imágenes presentes en la realidad, o que sean parte de la pura vida anímica del individuo.

Entonces lo que Freud llama investidura no es un lugar, aunque puede suceder en uno, sino un proceso. Y uno que intuye poder cuantificar. De aquí el uso de investidura como sustantivo, es decir como cantidad de ese proceso mismo. Pero ahora este doble uso del término ya no debería llevar a confusión.

Investir es la expresión verbal freudiana para el proceso que asocia la liberación de elementos químicos que producen placer, ciertos procedimientos motrices (llanto por ejemplo), y una imagen (con posterior representación) del objeto que permite la reestabilización adecuada de los elementos del sistema, que por exceso o defecto causaban perturbación nerviosa y necesidad de descarga.

En rigor investir es condicionar una imagen o una representación, para sentir placer frente a su presencia, sea ésta alucinatoria o real. Lo que Freud denomina facilitación es equivalente a lo que en el paradigma neuronal se llama aprendizaje, como se expone a continuación.

Aprendizaje:

- Cambio estructural en las neuronas.
- Con cierto grado de permanencia.
- Producto de la interacción del sistema nervioso con el ambiente.
- Sin involucrar lesión del mismo.
- Y que se evidencia como cambio en el repertorio conductual.

(Fernández Tornini 2001)

La posibilidad de investir será la posibilidad de asociar representaciones con los diversos procedimientos que repitan ese modelo de satisfacción primera, a través de la misma vía, o de no ser posible, de la vía más cercana. La relativa incoordinación estructural (error) entre las necesidades del infante y las atribuciones de sentido que el adulto (o joven) hace de los berridos, resulta como nos lo enseñan las leyes del aprendizaje, en una firme asociación de esta vía de descarga interna (el berrear) a la posibilidad de descarga.

La base biológica de lo que Freud llama investidura, son neurotransmisores probablemente de la familia de las endorfinas, liberados por asociación al espacio sináptico (sinapsis) de las vías neuronales participantes, al presentarse las imágenes-representaciones de los objetos capaces de brindar una descarga adecuada al tipo de estimulación que la genera. Nótese que para el displacer Freud igualmente apela a la intervención de una sustancia química específica.

En la temprana investidura del berreo, es decir en la temprana posibilidad de sentir placer ante las descargas coordinadas efectivamente mediante esta vía, Freud situará la posibilidad de lo que él llamará entendimiento, y la facilitación de las vías sobre las que se desarrollará el lenguaje.

Uno de los efectos de este modelo de satisfacción en que tempranamente se asocia a las vías internas de descarga, es decir en el propio cuerpo, la posibilidad de alcanzar a través de otros las acciones específicas de descarga eficiente producto de nuestra imposibilidad natal para lograr dicha eficiencia, es el hecho de que esas vías facilitadas en la primera infancia forman parte de la memoria del individuo, las que en palabras de Freud son modificables pero imposibles de borrar.

El maestro estima que el inicial desvalimiento del infante, que queda registrado en la memoria, es la base de todos los motivos morales. ¿Cuáles serán los efectos en la moral social, de la actual tendencia que publicita la ilusión del niño autovalente, del niño adulto? Si la presencia de desvalimiento en el inicio del

desarrollo es causa del sentimiento moral, la disminución del desvalimiento asociado a la infancia tiene como resultado una rebaja en las condiciones morales de esa sociedad. El reverso de la precocidad es la crueldad. Esta crueldad (que no es igual ni a violencia ni a agresividad) que se encuentra presente en casi toda la producción pornográfica, dándole su estatus, más allá de la exposición de genitalidad que haga, nos abre otra arista para el entendimiento del explosivo crecimiento de estas empresas de la carne, y de los poco estudiados cuadros de dependencia y consumo en los que se apoya.

Un último punto respecto del proceso de investidura es que Freud señala el valor biológico de investir levemente, aún imágenes-percepciones que no coinciden con la representación de deseo, pues podrían servir para una descarga. Esto se hace en los procesos del pensar.

El estado de identidad sería una meta de los procesos de pensar. La identidad entre la imagen del objeto deseado y las imágenes de las percepciones del mundo, tiene un valor biológico importantísimo. Pero en la vida real, los objetos percibidos están en constante movimiento por lo que una descarga ante un estado de identidad es una actividad que debe gozar de gran eficacia y eficiencia. Entonces para mejorar los tiempos de reacción frente a la realidad, la parte del sistema Psi que no es el yo, junto con el sistema Omega que brinda las cualidades a las representaciones (sensaciones), trabajan cotejando imágenes y vías de descarga, invistiendo. Como en este proceso se producen coherencias entre las imágenes deseo y las imágenes de eventuales objetos, se suscitan descargas de investidura para facilitar las vías asociadas. De aquí que el pensar del proceso primario implique una suerte de placer de descarga intrínseco a su funcionamiento, que se potencia con la descarga yóica propia del dormir y sus estados similares. Una situación homóloga sucederá con ciertos procesos del pensar bajo la inhibición del yo. La ausencia de estimulación en Pfi, que es el sistema encargado de las reacciones motrices entre otras, permite que la actividad onírica no sea interrumpida.

El sueño.

Uno de los aspectos que hace pensar que en cierto sentido el *Proyecto de Psicología*, era una respuesta y una diferenciación de lo expuesto por Breuer en *Sobre la Histeria*, es el tratamiento que hace del sueño.

Primeramente establece tres condiciones para el dormir:

- La disminución de la estimulación externa.
- La disminución de necesidades tales como el hambre, por ejemplo.
- El descenso de la carga endógena en el núcleo Psi, o en otras palabras, la descarga de la mayoría de los complejos neuronales investidos que constituyen el yo. El yo ocupa sólo una parte de los complejos neuronales llamados Psi.

El dormir sería la descarga del yo. Pero esta descarga no es completa pues de ser así, no habría cantidades de energía disponibles para la estimulación intercelular (entre neuronas) que requiere el trabajo del sueño. No se soñaría. Si se logra este estado, la necesidad de inhibición entre recuerdo-deseo y percepción, se vuelve inútil, pues esta inhibición es parte del proceso de la búsqueda de objetos de satisfacción en la realidad, y también del proceso de evitación de elementos displacenteros.

Hay que hacer notar que en cualquier caso, las descargas son percibidas por el sistema siempre con placer, por lo que la descarga yóica del dormir, o de estados similares susceptibles de inducirse químicamente, constituyen como veíamos antes, un terreno propicio para las articulaciones de las defensas neuróticas, pudiéndose generar una dependencia. Pero el placer que se produce en estos estados como el dormir, no deviene sólo de la descarga del yo, sino que hay algo en los procesos primarios de pensamiento, que causa descarga y placer.

Vivencia de satisfacción y estados de deseo.

El modelo de vivencia de satisfacción es el que según Freud organiza el funcionamiento de este aparato psíquico llamado Pfi-Psi-Omega. Que el modelo de satisfacción sea el que determine el desarrollo del aparato, es razonable en función del valor biológico fundamental que esta vivencia tiene dentro de la historia de desarrollo del individuo. Dicho de manera simple, tiene mayor valor vital para el ser aprender a comer que a escapar de los enemigos, pues en el estado de desarrollo en que se encuentra a poco del nacer, su estructura sólo le permite lo primero y no lo segundo, teniendo que cumplir esta función otro humano más desarrollado.

La vivencia de satisfacción es también el modelo biológico de la atención. Los estados de deseo y de expectativa, son desarrollos de los estados de apetito, que a su vez son la repetición de la vivencia de satisfacción primaria, y que marcan la disposición del pensar de los procesos primarios y secundarios.

Por la vivencia de satisfacción se genera una facilitación entre imágenes-recuerdo y las neuronas del núcleo investidas en estado de esfuerzo (excitación). Con el alivio del esfuerzo, se drenan las imágenes-recuerdo de su investidura. Si vuelve el esfuerzo (excitación), vuelven las imágenes. Quizás lo primero que se perciba del retorno del esfuerzo, no es el esfuerzo mismo sino la imagen-recuerdo. Inicialmente esto produce igual efecto que la percepción; una alucinación. Si por ella se realiza la acción refleja habrá desengaño.

¿Será un efecto del consumo de drogas, provocar o potenciar la liberación de endorfinas u otras sustancias químicas de placer en cantidades anómalas, sobreinvistiendo por asociación cierta representación deseo, hasta que al

sobrepasar los procesos inhibitorios, parezcan percepciones (alucinaciones)? Los entendimientos anteriores sobre la potencia de lo sexual como generador de patología, nos lleva a estimar que una droga puede potenciar estos estados, pero no los genera. Y aún cuando la farmacología de la droga permita por sí sola elevar a la condición de percepción una representación deseo, la selección específica de la representación o la serie de ellas hecha percepción, no es producto de la farmacología de la sustancia, sino que es un proceso guiado por la valencia de las representaciones deseo del aparato psíquico. La observación cotidiana muestra que una persona triste que se embriaga, es un ebrio triste o rabioso a lo sumo, pero nunca se alegra.

Es hipotéticamente posible la existencia de un tipo de consumidor dependiente que se empeña en convertir una representación deseo no acompañada de los signos de realidad, en percepción, con los efectos de descarga asociados. Si aplicamos esta hipótesis encontramos el ejemplo del artista consumidor por ejemplo, que se intoxica hasta volver percepción una idea de la realidad que de ordinario se le escapa. Al "*verla*" puede atraparla en su arte.

Si aceptamos que los estados de fantasía comparten las propiedades del onirismo de los procesos primarios, entonces todo estado que permita elevar al nivel de percepción una representación comúnmente relegada al mundo de lo imposible, tendrá las capacidades de generar estados de dependencia en función de la fuerza de descarga que se asocia a esa representación devenida perceptible. La pornografía, los juegos de computador y los juegos de rol, son un excelente ejemplo de onirismo lúcido sin la ingesta de exógenos, y efectivamente, en un gran porcentaje de quienes los practican generan estados de dependencia.

Es interesante como la negación de la depresión, a través de una defensa obsesiva o histérica, también puede dar cuenta del gasto de energía requerido para montar una operación de este tipo. El viudo que se embriaga para volver a percibir a su amada sería un ejemplo.

La investidura de las imágenes percepción y de sus grupos y vías neuronales, no es potente la primera vez. La facilitación y las asociaciones son algo que se va dando con la repetición de las conductas de descarga cada vez a mayor intensidad de estímulo (por la baja en el umbral) y en contextos diferentes, a lo largo del tiempo, lo que amplía la intensidad y extensión que tiene la valencia funcional de estos complejos neurológicos en el accionar del sistema nervioso.

Según lo que hemos entendido hasta ahora, si las huellas permanentes, es decir las vías facilitadas del sistema nervioso, son primordialmente producidas por la existencia de una descarga placentera, tenemos argumentos para hacer a la luz de lo estudiado, algunas observaciones respecto de las dependencias.

- La droga, tal como se la ha entendido históricamente, es decir, como una sustancia exógena que es causa de la adicción, no existe.

- Se denomina estado de dependencia a aquel en que el sistema vivo ha centrado su actividad funcional en torno a la descarga de una potencia cuantificable de investidura anormalmente alta, depositada sobre una vía neuronal y/o sobre una representación imagen.

- Esta potencia cuantificable anormalmente alta del proceso de investidura puede provenir de:

- 1) Un excedente de estimulación desplazado por un proceso de defensa, o
- 2) Ser exacerbada por la ingesta de una sustancia cuya farmacología la potencie (en el caso que la complemente siendo diferente), la aumente (en el caso que sea mecánicamente igual para los efectos de captación de neurotransmisores) o que afecte a las sustancias inhibitoras o antagonistas de la investidura. De estas dos fuentes de investidura sólo la primera tiene autonomía. La segunda sólo funciona concertada con la primera.

- Si la droga es el objeto de consumo propio en la adicción, entonces debemos considerar dentro de esta categoría *Droga* todo objeto o situación susceptible de generar descarga de investidura. La diferenciación entre legales e ilegales tiene sólo valor a la hora de hacer negocio y la condición de tal la determinan los grupos económicos interesados que influyen con su dinero en los procesos educativos y legislativos de la cultura. La máxima expresión de estos grupos de intereses, la vemos en la industria de los laboratorios y su gremio distribuidor asociado; los médicos psiquiatras, en la industria del cigarrillo, el alcohol, el narcotráfico y sus redes mundiales de distribuidores y dealers.

En rigor lo que se hace dependiente en un primer momento del evento desencadenante de descarga, es la vía nerviosa.

La dependencia tendrá una intensidad proporcional a la interacción de dos factores:

- A la cantidad de vías neuronales facilitadas en la descarga de la sobreinvestidura
- A la cantidad de investidura (sustancia de placer) asociada a una vía de descarga específica y a sus representaciones.

Dolor y displacer.

Otro punto que no podemos dejar pasar y que tiene gran importancia en el *Proyecto de Psicología* es el estudio de las vivencias de dolor.

Freud en un principio define el dolor como la vía normal de expresar el fracaso del sistema para detener el acrecentamiento hipertrófico de la cantidad de

estímulo que desde el exterior suscita la elevación de las cantidades de Q eta, que llega a Psi por Pfi, y que Omega cualifica como displacer.

El dolor tiene una inclinación a la descarga, si bien modificable, mucho mayor al parecer que los procesos placenteros. El dolor deja en Psi, unas facilitaciones duraderas “que cancelan la resistencia de las barreras contacto”. Hoy podríamos decir que la facilitación se da justamente en la barrera contacto, que es la sinapsis.

La facilitación entre la descarga y la imagen-recuerdo del objeto excitador de dolor genera una asociación por contigüidad, es decir un vínculo anatómico, un tipo de contacto entre los grupos neuronales que lo componen. Esto también debe leerse así cuando los conceptos de asociación por contigüidad y facilitación sean referidos a los procesos de descarga que generan placer.

Freud indica a los movimientos de atracción y rechazo, como las tendencias primarias hacia los objetos asociados a experiencias de satisfacción y de dolor, que se manifiestan en los respectivos procesos del pensar. La defensa primaria, señala Freud es el no invertir neuronas que desprendan displacer, es decir que hayan sido asociadas a experiencias de dolor. Para el aparato psíquico es más usual tramitar estimulación de displacer que de dolor. La diferencia entre dolor y displacer es cuantitativa. La acumulación de estimulación neuronal displacentera, como la que sucede ante la pérdida de la condición de real, de una representación hipervalente (léase la muerte de un ser querido), genera dolor.

Las distintas variantes del proceso del pensar pueden conducir al displacer. Por ejemplo cuando el decurso del pensar choca con la representación de una vivencia de dolor, esa representación pierde *la cualidad*, es decir no es estimulante de Omega, no se le atribuye realidad, no libera afecto y queda sólo como imagen de esa experiencia. Si el pensar se encuentra con esta imagen antes de que suceda este “domeñamiento”, entonces liberará afecto y displacer.

Las representaciones asociadas a experiencias de dolor, deben “domeñarse”, como dice Freud, es decir deben ser sometidas a un proceso de pérdida parcial de los signos de cualidad que les dan el estatus de real para el aparato psíquico. Esta pérdida se produce no por repetición o desensibilización, sino por efecto de un proceso activo de atención, que inhibe. La representación cobra tal cantidad de investidura, es tan claro que cada vez que pensamos en esa representación sentimos displacer, que poco a poco el decurso del pensar deja de pasar por ahí. La atención que dirige el funcionamiento del yo sobre esa representación inhibe su capacidad asociativa. Al estimular la huella (vía) del recuerdo doloroso, se interrumpe el pensar mismo.

La defensa en los procesos primarios del pensar se verá así; ante indicios de displacer el pensar práctico toma otra vía de investidura. La defensa de pensar

no se dirige directo contra el recuerdo que desprende afecto porque éste mantiene la estimulación de Omega, es decir aún tiene cualidades de lo real y por ello exige atención. El valor biológico de que este domeñamiento nunca sea total, es que en general dichas representaciones displacenteras devienen de correlatos del exterior que ponen en peligro la vida del sistema.

Sólo el pensar práctico, es decir un tipo derivado del pensar rememorativo que Freud asocia a los procesos secundarios, se deja guiar por la regla biológica de la defensa. El teórico, que participa también del proceso primario y que no obedece al principio de realidad, busca todos los caminos. De aquí que en la actividad onírica, o en sus semejantes, sea posible que los procesos de pensamiento recorran vías de representación displacenteras que dan lugar a fuertes reacciones de descarga para poner fin al estado en cuestión. Las pesadillas y el despertar repentino son un ejemplo de esto.

El que algunas personas no perciban efectos de ciertas sustancias como la marihuana, puede estar relacionado con una pronta estimulación, tras la caída de la inhibición yóica asociada al consumo de esta droga psicoactiva, de representaciones displacenteras en un contexto en que la potencia de investidura que aporta la sustancia no siempre están poderosa, que impida una vuelta a la activación del sistema yóico para reprimir la representación asociada al afecto inconciliable. En otros casos, como tras la ingesta de grandes dosis de LSD, el yo se verá rebasado de manera similar a las psicosis de avasallamiento, pero no desaparecerá en sus afanes defensivos, dando lugar a los conocidos malos viajes. Esta conflictiva neurológica que se describe como subyacente al mal viaje, llevada al extremo, puede tomar la forma de un infarto cerebral. La insensibilidad ante cantidades moderadas de una sustancia debería ser indicadora, para los consumidores no dependientes, de la suspensión de la ingesta. Y porqué no, sugerencia de un inicio de introspección con otro capaz de asistirle.

Premeditación denomina Freud al acto de pensar antes de que se produzca la percepción, y en él pueden participar todos los procesos del pensamiento.

Cuando psicológicamente un proceso correcto deviene displacentero, se ejecuta el pensamiento crítico sobre ese decurso de Q eta.

Resulta muy interesante cómo a partir del desprendimiento del displacer, Freud va poco a poco consolidando la naturaleza química de los estímulos endógenos entre las neuronas, pues ya que en el recuerdo de la presión física ejercida por el objeto hostil, esta presión física no se produce ¿qué es entonces lo que genera el displacer que se presenta asociado a la representación? La hipótesis adelantada de Freud es la química, expresada repetidamente en las cartas a Fliess. Por sí solo es difícil apreciar el valor de esta novedosa (para la época) mirada, pero si se le complementa con la teoría de la investidura, y los principios de inercia y constancia ya revisados, tenemos que Freud establece, para la realidad química del cerebro humano, un camino por el que a través de

la fisiología de los afectos articulados a representaciones, es decir del lenguaje, se la puede modificar ya sea para lesionar o para curar, de igual manera y mejor (según nos muestra la clínica en no pocos casos) que como se la aborda desde la química exógena.

Yo.

Otro punto fascinante del *Proyecto de Psicología* es la descripción que se hace del origen del yo, en donde éste se revela como la sumatoria de los complejos neuronales y sus imágenes investidas, que se generan y asocian por facilitación en las experiencias biológicas primarias de satisfacción y displacer, y que posteriormente se organizan en una imagen multiplicable, desfigurable, etc.

En el proceso de formación del yo, los efectos asociativos de la descarga específica "educan" al grupo. Mantengo la expresión freudiana por el rico juego que permite en el castellano, aludiendo por una parte a los procesos de aprendizaje, que causan fobia a algunos analistas, y por otra a la educación como proceso cultural.

La falla en la conducta motriz asociada a descarga hace que a la larga la acción de descarga no se prolongue (leyes de condicionamiento), y que el displacer se vuelva a presentar. Se asocia entonces también el displacer a la descarga prematura y así se establece un grupo neuronal que cumple la función de inhibir temporalmente la descarga, es decir retiene Q eta.

Freud introduce el valor biológico que tiene para el ser vivo la necesidad de un signo que permita distinguir, tanto en el caso de las representaciones investidas en el displacer, como de la representación recuerdo del objeto de deseo, cuándo estas representaciones devienen de percepciones o cuándo se suscitan por asociación desde lo endógeno. El signo de lo real objetivo, como lo llama Freud, lo aportará el sistema Omega. Sin embargo este signo de realidad, que es la *cualidad* o sensación, no es causa de inhibición por sí mismo, como lo demuestra su presencia en la actividad del sueño. El proceso de inhibición es el efecto de un grupo neuronal que integra estimulaciones, que no podemos igualar físicamente a ninguno de los tres sistemas que Freud distingue en este, su verdadero primer modelo de aparato psíquico.

La inhibición del yo que recae sobre la cantidad de investidura de la percepción deseo, es producto de la coordinación con la actividad del sistema Omega, que genera la cualidad-sensación, integrando en ello la estimulación procedente del sistema Pfi formada por las respuestas del sistema nervioso ante las perturbaciones del mundo exterior, y de parte del sistema Psi, que recibe las inervaciones de Pfi.

La inhibición que ejerce el yo investido, se realiza en el terreno del sistema Psi, que es donde se produce el proceso de integración descrito en el párrafo anterior.

La inhibición cumple el rol fundamental de permitir la formación de procedimientos asociativos entre neuronas, para lograr el adecuado distingo entre percepción y recuerdo, determinantes en la generación de conductas específicas de descarga. Esta es la base del juicio de realidad.

Es propio del proceso secundario, asociado al yo, el desplazamiento de investiduras colaterales para lograr la identidad del recuerdo-deseo con la percepción, y así generar una descarga. Las neuronas facilitadas serán la vía que conducirá la descarga específica. Si en el camino de desplazamiento de investiduras se estimulan grupos neuronales y vías asociadas a representaciones de vivencias de dolor, se esquivarán, es decir se les tenderá a aislar “en el juego de las asociaciones”.

Procesos primarios, secundarios y del pensar. El yo.

Freud establece una serie de procesos de interacción entre sistemas neurológicos, que en su combinación dan lugar a los procesos primarios. Estos, al ir asociándose a representaciones e imágenes y afectándose mutuamente en sus funciones de mantener la homeostasis, necesitan en momentos inhibirse, dando lugar a la formación del yo. .

No será extraño entonces encontrar en los procesos secundarios ciertas repeticiones un poco más moderadas de procesos que se dan en el sistema primario.

Freud desarrolla toda una clasificación de los procesos del pensar, que no se expondrá. Lo que interesa para la memoria en lectura, es ver ciertos elementos comunes entre algunos de estos procesos del pensar a nivel primario y secundario.

Por una parte Freud sitúa juntos al *discernir* y al *juicio*, y en otro grupo sitúa el *pensar reproductor* del que derivará diversas categorías. Una vez instalado el yo, ambos grupos pueden funcionar en sentidos opuestos (de la percepción al deseo y del deseo a la percepción) y de manera coordinada, para obtener el fin común de la descarga adecuada.

Para entender las complejas relaciones entre discernimiento y juicio, que Strachey estima erróneamente como de igualdad, hay que distinguir que el juicio es una actividad de pensamiento que también realiza el proceso primario.

El juicio es el proceso de agrupación de partes de las imágenes venidas de la percepción en torno a una vía de descarga interna. Sus dos tendencias son a la

imitación y a la defensa, pero en intensidades máximas, por lo que es de valor biológico que sea moderada su descarga. Este es el juicio del proceso primario, también llamado juicio primario.

El siguiente paso requiere abandonar el pensamiento lineal y pensar dialécticamente.

El efecto primero de la aplicación de la inhibición del yo sobre la investidura de la representación percibida, cualificándola como irreal, es el deslindamiento de ésta como experiencia de cuerpo propio. El resultado será que dentro del dominio de este nuevo estado de inhibición que se produce una vez articulados los grupos neuronales básicos que permiten la función inhibitoria del yo, el juicio no desaparece, sólo se morigera, dando lugar al juicio que se observa como parte del proceso secundario, manteniendo sus característica principal de agrupador de representaciones perceptuales al propio cuerpo, pudiendo además proyectarla a otros cuerpos pero sin la intensidad primaria.

La experiencia más usual en la vida de los seres humanos, es que las percepciones nos traigan imágenes no del todo idénticas a la representación deseo. El discernimiento y el juicio son procesos que se realizan para encontrar, desde una representación-percepción diversa a la representación-deseo investida, las vías de asociación que permitan una posible identidad con la representación-deseo.

Esto se hace sobreinvistiendo sin atribución de meta, la parte variable y no deseada de la percepción, para lograr la estimulación de todas las neuronas asociadas a este grupo de representaciones. Luego se agrupa y fija (juicio) la parte de las percepciones que coincide con la representación deseo y se coteja entre las partes que no responden la que tenga menor diferencia con ella (discernimiento). Así se establece la concordancia que podría autorizar una descarga.

El que la doble acción de discernimiento y juicio produzca la descomposición de la imagen perceptual es posible porque ella está constituida por grupos de representaciones correlativos a grupos de neuronas diferenciables.

La sobreinvestidura que se hace desde el yo, provoca un nivel de excitación que permite encontrar la vía de asociación, en caso de que exista, aún cuando esta no esté facilitada.

En síntesis, para efectos del proceso primario, el juicio (primario) antecede al discernir, pero una vez devenido el yo, el juicio (secundario) se hace parte del discernir.

Vemos porqué discernir no es igual a juicio.

¿Parece extraño que el yo, de naturaleza inhibitoria, también invista? Pues no debería. Recuérdese que la palabra inhibición conduce a equívoco, pues hace pensar en ausencia de actividad, pero como se ha señalado en repetidas ocasiones, la teoría química de la neurona, que Freud sustenta, concibe una sustancia química del displacer, lo que demuestra un proceso activo que acontece en los complejos neuronales inhibidos.

Los procesos del pensar reproductor son el correlato de los procesos judicativos y de discernimiento, pero llevados a cabo no en la percepción, sino en la propia imagen-deseo. Algunas de sus derivaciones son el pensar observador, el pensar teórico y el pensar crítico. Las relaciones que Freud establecerá entre éstos con el pensar judicativo y el discerniente, los hará cruzar a veces el umbral del proceso secundario al primario. En un estudio posterior se deberán deslindar con claridad estos procesos.

Baste para el presente trabajo el haber establecido de manera clara con la exposición del pensar judicativo, que tanto dentro del proceso primario como del secundario existen procesos de descarga y de obtención de placer, por lo tanto el uno como el otro se prestan para la articulación de defensas neuróticas, dando lugar a resultados muy diferentes.

Para ir acotando la revisión del tema del yo en el *Proyecto de Psicología*, señalaremos que no debe llevar a confusión el hecho que para que existan los procesos secundarios que serán las bases organizativas de la imagen del yo, el yo como grupo neuronal inhibitorio debe haber existido antes. El yo está formado por vías neuronales facilitadas con anterioridad al establecimiento de su imagen y a la organización de ésta. Los procesos de discernimiento y juicio son las bases para el desarrollo de la imagen del yo. La experiencia de la percepción de la satisfacción inicial, infantil, devenida de la acción específica de un otro, se descompone; parte se establece como una cosa otra, del mundo, y parte se asume como noticia de lo propio. Este proceso es paralelo a las primeras fonaciones, es decir las investiduras originales de la vía oral como medio de descarga interna con efectos percibidos de descarga eficiente. Freud nos entrega una versión de la génesis del yo sin duda superior a la del Estadio del Espejo de Lacan. No en vano, con la fina ironía que lo caracteriza, el maestro francés deja para los que quieran el pergamino de lacaniano. Él preferirá la senda de Freud.

Lenguaje.

Para Freud el lenguaje es una herramienta humana muy importante, pues el lenguaje hablado permite el soporte material para asociar experiencias de percepción a las imágenes-representaciones que han causado placer o displacer. Gracias a esta asociación se puede seguir el decurso de una estimulación intercelular entre distintas vías, es decir se puede seguir un curso

de pensamiento y distinguirlo de otro. Por ello es que para Freud la palabra es el origen de la coordinación de la memoria.

La memoria son las facilitaciones de las vías de pensamiento, donde dichas facilitaciones de asociación son afectadas, mas no borradas por el pensar. Por ello también tiene base biológica sustentable el que a través de técnicas no verbales se logre acceder a tiempos previos al de la palabra, pues las vías facilitadas que constituyen la memoria se forjan con anterioridad a su imperio, posibilitando así el alcanzar experiencias del período preedípico temprano.

Los animales tienen memoria (y posteriormente en el *Esquema del Psicoanálisis* de 1939, dirá Freud que también aparato psíquico) sin tener lenguaje. Lo interesante es que al ser evocadas desde un presente de palabras, estas experiencias preedípicas pueden hacerse susceptibles de organización. Freud señala que el gritar permite hacer conscientes los recuerdos de dolor en caso de que los estímulos perceptuales que acompañan al displacer no estén bien definidos.

Al asociarse al lenguaje, los procesos del pensar adquieren una muy singular propiedad, que es la de alterar los decursos de la estimulación nerviosa por las vías más facilitadas y así escoger una representación menos usada pero más cercana a la representación-deseo, generando descargas más efectivas. De lo que se está hablando es de poder realizar sin mediar uso de fármacos, modificaciones de vías sinápticas desde la biología del lenguaje, que se traducen en nuevos modos de operar sobre la realidad. Para ello se puede bajar la atención de la percepción, para que así pueda cursar por camino diferente del usado, o aumentar la investidura de la representación-deseo y sus cercanas, por ejemplo. Freud llama a esto la dificultad en el pensar.

La expectativa se diferencia del discernir en que en la expectativa la atención recae sobre representaciones-deseo, mientras que en el discernir la atención recorre representaciones ligüísticas motrices asociadas a decursos de Q eta.

Los procesos de expectativa y de encaje entre la imagen-deseo y la percepción pueden darse por completo fuera de la consciencia.

En algún momento Freud se pregunta el porqué la represión parece afectar sólo las representaciones sexuales. El maestro se dará la respuesta, al señalar la educación como la entidad encargada de situar las representaciones hipervalentes que son funcionales, es decir que son socialmente correctas, no patológicas y parte de lo normal.

Consciencia.

Freud no concibe la posibilidad de una psicología que no de cuenta de los fenómenos inhibitorios del yo, y que ignore los influjos de la consciencia. Por

ello descalifica al conductismo, y no porque desestime los principios del aprendizaje.

Es la posibilidad de generar un modelo comprensivo del psiquismo humano que incluye la consciencia, lo inconsciente, al yo, y a las diversas condiciones del actuar humano, en integración con las leyes del aprendizaje, lo que le da al psicoanálisis el estatuto de superioridad por sobre todo paradigma de su época y lo hace tan molesto para los derivados actuales de ellos, que a la sazón son la base paradigmática de los discursos médicos oficiales, también en el ámbito de las dependencias.

Las leyes de asociación son válidas para describir el modo en que la consciencia, definida por Freud sencillamente como cantidad de investidura, pasa de un complejo neuronal a otro.

En un aparato psíquico capaz de ser escenario de una cantidad indeterminada de tramitaciones de estímulo entre las neuronas, será la cantidad de investidura que posean los grupos neurales en juego, la que determina la valencia que tiene dicha interacción dentro del sistema.

La cantidad de investidura de una neurona o un grupo de ellas, perteneciente a cierta vivencia de satisfacción, es decir a cierta cadena de asociación, podrá despertar (excitar) la misma cantidad de investidura en otra (u otras), siempre y cuando mantenga un nexo de contigüidad a la misma cadena. Este nexo de contigüidad hoy se llama sinapsis.

Como es de valor biológico que las interacciones que tramitan mayor estimulación, por devenir de los requerimientos homeostáticos del ser a nivel exógeno y/o endógeno, tengan articulación con las conductas motrices específicas, se entiende que gran parte del aparato psíquico integre su actividad en torno de ellas.

La sorprendente simplicidad con que el maestro define el fenómeno funcional de la consciencia no debe sorprender. Un largo trecho se ha recorrido para sostenerla.

Comentarios finales al texto.

¿Cuál es el sentido de dedicar tantas páginas a un texto que ha sido permanentemente dejado de lado por psicoanalistas, médicos, y por Freud mismo? ¿Cuál es el nexo entre el libro revisado y la clínica de las dependencias?

Pues es estimación del autor de esta memoria que el entendimiento a que se ha arribado en cada una de las nociones expuestas permite sostener tantas

cuestiones candentes en la clínica y en la teoría, que sería imposible agotar en este momento una enumeración.

El correlato entre el principio de constancia y el concepto de homeostasis, al añadirse complementariamente con la noción de investidura, tal como la entendemos ahora y en el marco de esta memoria, constituyen un trípode sobre el cual desarrollar una teoría de la abstinencia desligada de la naturalizada relación de causa entre droga y abstinencia, que comprendería gran parte de la sintomatología física.

El valor de estímulo que pueden tener los diversos objetos asociados a la sexualidad, será la sumatoria de múltiples factores aunados por la cultura a través del juego dialéctico en que se traman las socializaciones primarias y secundarias que establecen los valores más o menos fijos de un sistema social, las posiciones en que se sitúan los sujetos respecto de ellas de acuerdo a las condiciones materiales y recursos sociales que posean, y la historia particular del desarrollo psicosexual de cada sujeto.

Abstinencia es un tipo de relación a la falta de un elemento sexual con un alto valor de estímulo para el funcionamiento del sistema vivo. Es decir, la abstinencia con su clásica sintomatología no será privativa ni causada por los fármacos, sino que es un modo de comportamiento reactivo a la ausencia de entidades (se incluyen los objetos eidéticos) cuya presencia es parte del estado estable del sistema vivo. Es el carácter sexual del objeto, en un sentido freudiano, el que abre el espacio a la posibilidad de una abstinencia, por lo que será el rol sexual que juegue la droga, lo que determine si el tipo de relación de consumo que se establezca será resistente a un tratamiento de desintoxicación.

No se descarta la posibilidad de una abstinencia sin componente sexual, pero ésta será la que se genera en un laboratorio por saturación de químico en un sujeto experimental y que de manera completamente absurda y en desconocimiento de la complejidad de los procesos de aprendizaje que pretenden aislar, se homologa tanto en definición como en resultados, con la abstinencia devenida de procesos de aprendizaje acontecidos en el contexto de la vida cotidiana. Es que con las adicciones y las abstinencias pasa lo mismo que con la filosofía; el camino no es distinto a la morada. Sólo una abstinencia generada en condiciones exentas de sexualidad puede eliminarse en condiciones exentas de sexualidad, como un proceso de desintoxicación. Pero claramente este no es el caso de la gran mayoría de las abstinencias; de aquí la inutilidad de tales tratamientos y la aparente resistencia a las terapéuticas positivistas de la totalidad de las patologías de consumo.

Nótese que desde hace unos párrafos se viene hablando de abstinencia y no de adicción, y es porque en verdad lo que se padece en toda adicción es la *abstinencia*. El consumo es un modo de comportarse frente al núcleo doliente, pero no es el único modo de hacerlo. Este es el punto exacto para entender

porqué la ingesta de drogas en las últimas décadas ha pasado de ser un asunto de pequeños grupos marginales a un problema de salud pública.

Para decirlo brevemente, el ser humano tiene un núcleo vacío constitutivo, resistente a toda memoria y herencia, verdadera clave para la plasticidad del sistema y base de su capacidad de deriva y adaptación. Sin embargo tal vacío se experimenta a lo largo de la vida como un fondo de incertidumbre en la propia existencia, el que debemos afrontar de tantas maneras como la cultura nos enseña a hacerlo (o a no hacerlo). Tradicionalmente la cultura de occidente ofrecía dos grandes categorías de soluciones para lidiar con dicha falta; las utopías por una parte, y las riquezas materiales por otra. Pero el giro psicotizante que ha dado la cultura de occidente con la globalización de la matriz de subjetividad empresarial transnacionalizada asociada al modo de vida estadounidense, (que tan bien dió cuenta Michel Foucault en la década del 70 y que sólo 30 años después algunos psicoanalistas asumen, junto con cognitivos y otros haciendo lugar común de lo que el filósofo francés viera) ha extirpado la utopía, la posibilidad de lo imposible como lugar en la cultura, para ofrecer las cosas como la única vía posible de lidiar con la falta constitutiva antes dicha.

La totalidad de los medios de lucro y de producción se han organizado en función de este modo de relación a dicha falta que no es otro sino el consumo de las cosas. De aquí la ambivalente relación de las instituciones oficiales con el consumo y la conveniencia para los mecenas de la política de fomentar gastos en terapias cosméticas que reincorporen los sujetos adictos al trabajo sin mediar una crítica a la cultura que discierna con claridad los medios implicados en la enseñanza del consumo como modo de vivir, y los múltiples efectos en el cuerpo que tales prácticas educativas activas desde la infancia, generan. El sumo del ridículo son los millones que seguramente se darán a las terapias genéticas que ya se prometen como los milagrosos del cercano futuro.

Gracias a la concepción de investidura que nos entrega este *Proyecto de Psicología* se ha arribado a un entendimiento de la dimensión profundamente sexual de las llamadas adicciones, que posibilita su tratamiento en cuanto síntoma como tradicionalmente lo entiende Freud.

Para el maestro vienés, síntoma es una formación de compromiso entre la satisfacción de una pulsión y los requerimientos de la cultura, que suelen impedir la satisfacción de tal pulsión a través de cualquier acción y representación. La cultura puede enseñar a satisfacer o simplemente intentar prohibir del todo tal o cual modo de satisfacción pulsional.

Sólo una concepción de psiquismo alienada de toda biología puede desconocer la dimensión orgánica de la pulsión y la naturaleza pulsional de la falta constitutiva del sujeto, indispensable para la flexibilidad del sistema vivo. Sin más rodeos, la tendencia a sostener ese lugar vacío de acuerdo al principio de constancia, tiene su expresión en la necesidad biológica de investir la utopía.

El modo de construcción de subjetividad que propone el neoliberalismo y su sociedad de consumo, funda un discurso donde la utopía como representación de lo no hecho, de lo vacío, es excluida como posibilidad sexual, reprimiendo con ello la posibilidad de cursar la pulsión que tiende a sostener dicha falta como requerimiento del sistema vivo para sostener su plasticidad, y que el autor de la presente memoria asocia a la pulsión de muerte.

El retorno de ésta, se constituye en una formación de compromiso entre los requerimientos de la cultura y la necesidad de satisfacer la pulsión de muerte. En este contexto, lo disruptivo del síntoma del *drogadicto* para el devenir lingüístico no se diferencia para nada del entrometimiento que hace el dolor en los casos más insignes de histeria.

Se devuelve así la ya no posibilidad, sino la exigencia de tratar mediante la experiencia biológica de la palabra las diversas patologías del consumo y de las abstinencias, pues el reclamo sexual de la pulsión de muerte, es de un silencio incorporado como representación en las cadenas asociativas, a través por ejemplo, de la particular vivencia de lo imposible que permite la utopía.

Como el lector ha podido atestiguar, las novedades del proyecto de psicología son significativas no sólo para el área de las dependencias. El breve desarrollo presentado nos ha dibujado una propuesta de clínica que se diferencia con mucho de lo pregonado desde escuelas como la *lacaniana* con conceptos tales como formación de ruptura y modelos de subjetividad que relevan la posibilidad de análisis. Sin embargo en aras de los objetivos y de la extensión de la presente memoria, y para fomentar también el justo sopesamiento de lo recién leído, se interrumpirá en este punto la exposición de los aportes del *Proyecto de Psicología*, pues la intención de mostrar la pertinencia y prioridad del tratamiento que se le ha dado en este trabajo de titulación, es de creer que ya se ha logrado.

Sólo cabe señalar antes de proseguir, que así como para Freud los temas pendientes en el *Proyecto de Psicología* fueron cuestiones que jamás abandonaría del todo, así también deben considerarse las lucubraciones realizadas en este capítulo, como claves permanentes para leer lo que resta de esta revisión bibliográfica.

Manuscrito H. Paranoia. (1895)

En este nuevo texto Freud hace comentarios descriptivos y especulativos respecto de la paranoia y la histeria. Atribuirá un abuso del mecanismo de proyección con fines de defensa en el caso de la paranoia, y un abuso del mecanismo de sustitución en el caso de las representaciones obsesivas.

Freud hace de este mecanismo proyectivo el válido para explicar la paranoia celotípica del alcohólico, pues la atribución de hiper-potencia a la mujer sería la

manifestación defensiva visible de la imposibilidad de aceptar su propia impotencia. Defecto que Freud atribuye al alcohol. No es infértil dudar si para Freud el alcohol es un factor de impotencia por sí mismo, o porque va enlazado a un acto masturbatorio. Tomando en cuenta esto; ¿Qué papel puede jugar el alcohol entonces, como determinante ya sea de neurosis o de histeria?

La experiencia clínica ha mostrado (Meza 2007) que en no pocos casos el consumo de alcohol o de otra sustancia u objeto cualquiera, es una defensa obsesiva frente ya no a un simple pensamiento inadmisibles, sino frente a un cuadro organizado y doloroso como la depresión, que en la época de Freud tiene su equivalente en la melancolía. Es decir depresión y alcoholismo suelen ir aparejados y no porque el alcohol sea un “depresor” del sistema nervioso central.

Manuscrito G (1895)

En él, Freud destaca dos nexos de la melancolía que nos interesan. Su vinculación con las anestésicas y su etiología como cuadro resultante del acrecentamiento por masturbación, de una neurastenia.

Recordemos que la neurastenia es un estado general de abatimiento psíquico cuya descripción y calidad de cuadro psicopatológico sigue vigente en el CIE 10. Tiene ella para Freud (hasta el momento) un núcleo intransformable por la técnica del psicoanálisis, y su condición se sostendría en un uso desviado de la libido.

La melancolía neurasténica será entonces aquel estado de agotamiento de libido producto de una actividad masturbatoria excesiva.

Esta actividad masturbatoria tiene efectos encadenados. Las repetidas descargas del órgano terminal modifican por facilitación los umbrales de excitación (bajan). En el caso del varón, es la eyaculación precoz el estado resultante. Luego, esa misma condición de precocidad, al ser atentatoria contra la plenitud de la realización del acto sexual, atrae el displacer de la propia mirada y la de la compañera o compañero. Como por lo general ante el deterioro de la vida sexual en pareja suele responderse con una acentuación de la masturbación, se llega a una situación en que la cantidad de libido baja, y se empobrece permanentemente el grupo sexual psíquico de la representación-deseo.

La anestesia es la falta de sensación voluptuosa en la descarga. Esta voluptuosidad es la medida de la descarga y tiene su correlativo en la descarga de libido investida en el grupo psíquico de la representación-deseo.

Freud consigna tres tipos de anestesia; la que acontece por rebaja en el umbral de descarga del órgano terminal, la que resulta de perturbación de la vía de

descarga, y la que es consecuencia de la imposibilidad de asociación entre la sensación de voluptuosidad y el grupo psíquico por mediar una asociación displacentera.

El caso de la masturbación según Freud, genera el segundo tipo de anestesia, pero no es raro que también presente la primera. ¿Y cómo se llega a un estado que es producto de la masturbación, desde el alcoholismo? Pues porque Freud, lee en la totalidad de las adicciones, el sustituto de una masturbación reprimida.

Freud compara el efecto del empobrecimiento libidinal del grupo representación-deseo con una herida, pues el empobrecimiento del grupo en cuestión tiene un *efecto* de succión sobre las magnitudes de excitación de las neuronas asociadas que es doloroso. Las manías son el caso contrario pues serían la afectación de las magnitudes de excitación de las vías y grupos neuronales asociados, por exceso de libido en el grupo de neuronas de la representación-deseo.

Para cerrar, el texto es esclarecedor pues muestra las diversas posiciones que puede tener un síntoma de consumo, en un cuadro mixto. Si se vuelve al caso del alcohólico y melancólico podemos distinguir:

- Una defensa de consumo frente al dolor derivado de la melancolía.
- Un alcoholismo sustitutivo de la masturbación, que acrecienta la neurastenia.

No es errado afirmar la existencia de dos alcoholismos en este cuadro pues como puede entenderse, el cese de uno por alguna circunstancia azarosa no tendrá como resultado la curación total. Esta sólo devendrá en momentos diferentes y ante intervenciones adecuadas a cada causación.

Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. (1895)

Poco a poco, el tema de la masturbación como adicción, gana más espacios en el pensamiento freudiano. En este escrito muy rico en descripción sintomatológica, despierta la curiosidad que señale el hambre insaciable, acompañado a veces de la sensación de vértigo, como una forma de ataque de angustia. Esta hambre insaciable constituiría un rasgo diferencial entre la neurosis de angustia y la neurastenia, pues en la última suele haber dispepsia, que es un cuadro del todo equiparable con el famosísimo colon irritable, y tendencia a la inapetencia. Se obtiene en esta observación un apoyo importante en el estudio de la obesidad y de la anorexia como patologías del consumo asociadas a algún tipo de dependencia.

La fobia, es un tipo de neurosis que como se dijo anteriormente, se diferencia de la obsesión fundamentalmente por la monoafectividad de la angustia. La fobia se articula a un objeto que en algún momento ha permitido drenar la angustia, le ha dado forma.

Este es uno de los pocos trabajos en que Freud estima como posible contraer una neurosis de angustia por trabajo excesivo. Por lo general tiende a desestimar al trabajo como noxa, quizás por la relación de él mismo con el laborar. Quizás este cobijo en la fervorosa actividad intelectual, que comentó en varias ocasiones, le puso en posición difícil para considerar las posibles relaciones entre trabajo y adicciones, ya sea que esté mediada por una neurosis obsesiva o por otra patología.

A la luz de lo recorrido, tenemos que diversos son los caminos que le esperan a un neurasténico que se satisfaga a través de la masturbación. Ya vimos cómo podía articularse una anestesia por exceso de masturbación, y una eventual melancolía, la que a su vez puede estar oculta tras alguna defensa obsesiva. El camino que le espera a los neurasténicos “tan pronto como abandonan su variedad de satisfacción”, la masturbación, será el de la formación de una neurosis de angustia.

Destaco la inmediatez que acentúa Freud para la formación de la neurosis de angustia, en la que se siente *angustia*, y también la particular incapacidad de estas personas para tolerar la abstinencia. Freud no lo explicita pero esta hambre insaciable, ¿no es acaso otro sustituto de la masturbación, así como según lo expondrá luego, lo son las adicciones en su totalidad? Por proceso silogístico básico entonces, tenemos la obligación de incluir este hambre insaciable dentro del grupo de las dependencias o adicciones, pero más importante aún, Freud nos acaba de entregar una explicación con base psicobiológica (como lo es el psicoanálisis todo), de la angustia que sobreviene tras el cese de la práctica adictiva que sea, una explicación del todo coherente con la explicación psiquiátrica (Pérez Franco 2007) pero que nos permite prescindir del agente exógeno identificado con la droga. La farmacología en este punto sólo actuará como factor potenciador del mecanismo de *displacer* que yace en la angustia.

El comprender este origen de la angustia, nos permite refutar el exclusivo y predominante factor farmacológico al que se atribuye el origen del “*craving*” o de la angustia de abstinencia, que por lo mismo, sólo era tratable (aliviable para ser más preciso) por medicamentación. Desembarazarnos de otra de las más esgrimidas razones para entrometer la intoxicación legal dentro de un tratamiento de dependencias, debiese ser un logro a conquistar para todos los que se consideran parte del magnífico proyecto de hacer de este mundo algo mejor, ahora.

El cínico argumento de que este tratamiento farmacológico permite rebajar los niveles de sufrimiento al paciente para que pueda llevar a cabo su terapia, no

puede constituir razón presentable si comparamos lo que se puede ocultar de resistencia, o para expresarlo en términos de este período de Freud, de defensivo y de eventual lugar de sabotaje, de “entrometimiento” en el tratamiento. Dicho simplemente, la clínica muestra que se pierde más de lo que se gana. Sólo es permisible la medicamentación cuando la biología de la abstinencia y de esta angustia, implica riesgo vital, pero ello es válido únicamente en el caso del alcohol y a estados muy avanzados. (Perez Franco 2007) La vivencia total de la intensidad del estímulo es necesaria para un tratamiento profundo y exitoso. El aplanamiento de estos montos de manera exógena no es temporalmente sostenible, a menos que se legitime una adicción legal. (Cambio de *dealer*). El sistema vivo en su tendencia a la homeostasis volverá a generar los niveles de estímulo precedentes al aplanamiento, dando lugar a la repetición de la patología o a una nueva, pues los modos de tramitación de estos montos de investidura no se han modificado.

La neurosis de angustia entonces, tiene origen sexual, y es la frustración acumulativa de una descarga óptima. Por ello no habría representación traumática y al no tener representación, no sería abordable para el psicoanálisis, hasta ese momento.

En la neurastenia la conducta sexual de descarga se reemplaza por otra menos eficiente; la neurosis de angustia en cambio se forja cuando se impide, por lo general voluntariamente, el procesamiento psíquico de la excitación somática y se desplaza a conductas, vías motrices, completamente inadecuadas.

Freud no era un advenedizo en el conocimiento clínico del cuadro de la dependencia. Por ello no hay razón alguna para dudar de que cuando designa como “abstinencia” al estado en que caen los masturbadores al cesar sus prácticas, signaba con esto la visible igualdad con los característicos ataques padecidos por los dependientes del opio y la morfina, tras un período de tiempo sin consumo.

Manuscrito K. (1896)

Es otro de los textos en donde Freud intenta una articulación de algún cuadro de adicción a una psicopatología de las por él comprendidas.

Señala el beber como un síntoma secundario de la neurosis obsesiva. Se generaría cuando la compulsión, es decir el retorno de la representación obsesiva, se transfiere a los impulsos motores contra la representación obsesiva.

Es de tener en cuenta que el carácter defensivo de los desplazamientos de investidura en la neurosis obsesiva hace que las conductas escogidas para ello sean principalmente motrices. La histeria en cambio, tiende a formar sus símbolos mnémicos en un ámbito más diverso de inervaciones, en donde

pueden estar las motrices, pero en las que preferentemente se seleccionan inervaciones senso-perceptivas y vías reflejas. Pero como se dijo, esta es una tendencia solamente, que se destaca por ser un tipo de agrupación no consignada por Freud a lo largo de su obra.

El carácter específico de las diversas neurosis reside en cómo es llevada a cabo la represión. El ámbito de lo somático ya no es privativo de la histeria en esta época.

Los síntomas de la defensa secundaria, donde se encuentra la dipsomanía, son la fase "final", es decir donde los síntomas se estabilizan en su forma más compleja y más visible. Freud señala que en el camino a esta estabilización, la representación reprimida recorre por lo menos un par de asociaciones, donde a cada representación se va asociando un delirio de ser notado. De aquí la habitual referencia a lo que piensan los otros y a un eventual saber que tendrían los demás sobre el pensar del paciente.

Tras leer este pasaje resulta imposible dejar de preguntar si el mecanismo de generación de masa que se aplica en las comunidades terapéuticas, y que tan bien describe Freud en *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, y en *Tótem y Tabú*, encuentra su relativo éxito en brindar alivio a ésta dimensión de las dependencias (de las articuladas a neurosis obsesivas). Y nótese que se dice alivio y no cura, pues tanto el mecanismo de la neurosis obsesiva como el delirio de ser notado quedan incólumes, sólo que ahora se diluye en una personalidad colectiva en donde los otros son los que están fuera de la masa de identificación, encontrando en esta una suerte de estabilización, pero generando una dependencia terapéutica.

Nuevas puntualizaciones sobre neuropsicosis de defensa. (1896)

Aquí Freud distingue dos tipos de neurosis obsesiva, según lo que se conquiste el ingreso a la consciencia sea la acción reproche, o el afecto reproche a ella anudado. En ambos casos la represión desfigura doblemente lo reprimido; lo actual por lo pasado, y lo sexual por un análogo no sexual.

Describe Freud un tipo de angustia específica asociada a estos cuadros que nombra angustia de tentación, tan característica de las comunidades terapéuticas y alcohólicos anónimos, verdadero pilar de sus relaciones. Goce muy católico, por cierto.

La defensa secundaria tiene por objetivo defender al yo de los retoños de recuerdo, tras el aislamiento de la representación primaria que rara vez se logra del todo. Las acciones obsesivas acceden a este estatuto, porque en algún momento del pasado fueron medidas protectoras eficientes respecto del afecto y/o representación inconciliable. Freud señala que estas acciones son

puramente defensivas. Pero como ha introducido que al carácter defensivo le es intrínseco un masoquismo ¿Puede entonces haber autodestrucción?

En el caso del alcoholismo la destrucción es un efecto buscado y también lo es en diversos tipos de consumo en que la representación implique consciente o inconscientemente un ámbito de destrucción. Recordemos que la condición de patológico la brinda la cultura. Es decir si la cultura, si en el mundo del lenguaje y de las creencias no se sancionara cierto tipo de actividad, y no se le atribuyera daño, los niveles de patología masoquista articulada a dicha práctica y/o representación, la necesidad de defensa frente a su actividad, serían del todo inexistentes. Esa práctica no sería susceptible de ser puesta como acción de reproche. Eso no elimina la opción de aquellos que por atribuirle valor y tiempo a una práctica excesivos, no puedan hacerla patológica respecto del resto del repertorio conductual. ¿Cómo se imbrica la agresión? Va en el reproche. La culpa implica un castigo químico. Esta es la base para un tipo de infarto cerebral que anteriormente se señaló como posible en el conflicto entre grupos neuronales del mal viaje con LSD ¿Puede ser que la destrucción padecida sea ganancia afectiva? De hecho lo es, pues es la manera extrema de conseguir la descarga asociada a la inhibición que debería haber existido para no realizar la conducta. Es una reacción química contra uno mismo determinada por la educación y la cultura oficial.

Un punto muy original del maestro, es el señalamiento de un nuevo tipo de defensa. Esta sería, en sus palabras, el “aturdimiento”, del que la dipsomanía es un ejemplo. El aturdimiento incluye el desmayo. Pero ¿cuántos ejemplos más de aturdimiento podríamos describir?

Veamos el estereotípico caso del boxeador que no puede retirarse a tiempo. El boxeador es un sujeto cuya actividad favorita es someterse a contextos de estímulos dolorosos. Es decir, la investidura placentera articulada a una representación-deseo que la cultura nombra festivamente como ídolo deportivo, con su descarga genera un placer que es capaz de anular el valor aversivo intrínseco de las lesiones físicas recibidas. Tanto así, que llegado el momento de dejar la actividad deportiva, porque las condiciones de edad u otras lo ponen en desventaja frente al resto de sus adversarios, se comporta del todo como un adicto, arriesgando incluso su vida al volver una y otra vez a ese lugar, a ese tinglado que oculta una personalísima y oscura satisfacción.

Valga esto como ejemplo extraído de la cotidianidad, que nos muestra la potencia de lo psíquico y cultural sobre los procesos de displacer en el humano.

¿Como es posible entonces que el abordaje del devenir neurolingüístico y funcional humano, desde el devenir neurolingüístico y funcional humano mismo, tenga menos peso como manera de resolución de problemas de ese ámbito, que la intervención química exógena? ¿Cómo es posible que a la intervención psicobiológica a través de los afectos y de las palabras se le siga

designando despectivamente “acompañamiento” del fármaco, como si fuera una ensaladita al lado de la *verdadera* comida? La primacía de lo psíquico en muchos ámbitos en que es vigente, es rechazada porque personas que cumplen profesiones por interés y por ego, con miedo de perder estatus, dinero y vanidad, han financiado históricamente el aparato cultural, y hoy saturan el publicitario, para sostener la religión de lo científico frente a ciertos resultados de la observación de la experiencia humana.

En este texto en que Freud hace un repaso y desarrollo de los mecanismos de formación de compromiso en la neurosis obsesiva, queda un último punto que atañe al tema de las dependencias.

En el capítulo tres, Freud expone la tesis de que algunas psicosis son psicosis de defensa y que eso se extiende a algunas paranoias. Este es un punto de interés pues el mecanismo de avasallamiento del yo que describe, coincide del todo con la psicosis que se produce en la ingesta de drogas psicotrópicas cuando una representación se torna hipervalente en el devenir psíquico. Dado que este punto ya ha sido revisado, no se volverá a exponer.

La herencia y la etiología de las neurosis. (1896)

Este escrito es una interesante profundización, basada como siempre en la observación clínica, de las apariencias que toman los síntomas secundarios en las neurosis.

Aún depara a las intoxicaciones la categoría de una causa concurrente de neurosis. Es decir que comparten el carácter de condiciones en la generación “de otras afecciones lo mismo que en la de la afección considerada, pero que no son indispensables para que estas últimas se produzcan.”

De los síntomas secundarios señalará que “...inculcados de los propios enfermos se vuelven más visibles que las causas específicas de las neurosis”.

Y luego, de manera muy condescendiente el maestro señala que la consideración de esas causas banales puede proporcionar unos puntos de apoyo para una terapia que no tenga como mira la curación radical y se conforme con hacer retroceder la afección a su estado anterior de latencia. Pero luego es tajante, una terapia que pretenda la modificación del efecto patológico que padece el paciente, sólo se logra abordando la causa específica preexistente que domina la neurosis, que ordena así:

- Para la neurastenia la causa específica es un onanismo inmoderado o poluciones espontáneas.
- Para la neurosis de angustia es la abstinencia forzosa, la irritación genital frustrada, o el coitus interruptus.

- Para la histeria es el recuerdo inconsciente de experiencias sexuales pasivas antes de la pubertad.

El que las intoxicaciones estén entre las causas concurrentes o banales y que las conductas de dependencia sean generalmente defensas secundarias, es la base para que un tratamiento centrado en éstas jamás se acerque al origen de la patología a la base, para que el cuadro resultante dé la impresión de ser altamente resistente, y para que se crea que pueden presentarse recuperaciones espontáneas del estado patógeno (recaídas).

Carta 55. (1897)

La serie de cartas que componen la parte del epistolario publicado, son documentos de estudio cuyo valor clínico es formidable. Y no sólo porque Freud, para mostrar los avances de su pensamiento al amigo que se destinan, haya tenido que ejercitarse en el difícil arte de sintetizar sin perder claridad en lo mostrado.

En las cartas encontramos intuiciones, posturas personales, desazones frente a la reacción de sus colegas a las posturas políticas, sí, políticas que derivaba de la concepción de mundo y de humanidad que se forjaba poco a poco en su observación clínica. En ellas encontramos diversos lugares con tajantes comentarios sobre el tema de las adicciones así como las referencias a la nueva teoría química de las neuronas en la que empezaba a penetrar pero que nunca logró conquistar del todo. La manera de imaginarse las cosas, en Freud obedece siempre a patrones mecánicos. La introducción de un paradigma nuevo fue algo imposible para el maestro de asimilar. A ello se atribuye gran parte de la frustración con su *Proyecto de Psicología*, en donde el ojo atento y formado puede distinguir elementos concebidos ya desde un modelo mecanicista de la neurona, ya con los nuevos descubrimientos de la teoría química.

Hay en la *Carta 55* una serie de comentarios que es importante destacar, pues nos entrega información sobre un nuevo cuadro en que el consumo de drogas, y por derivación los estados de dependencia, pueden estar implicados.

Freud considera que la dipsomanía del tío seductor de su paciente, ha sobrevenido a modo de sustitución de una práctica sexual perversa e insostenible. El calificativo de perverso es oscilante en Freud, teniendo muchas veces un énfasis más moral que clínico. En esta carta, el maestro escuetamente señala que la perversión, a diferencia de la neurosis, no va enlazada a una zona erógena sino a una sensación histerógena que desaparece.

Además la diarrea, el catarro o la ronquera Freud los ve como formas de reproducción de vivencias pasivas sexuales, que posteriormente pueden enlazarse con la dipsomanía o el alcoholismo.

La definición que da de dipsomanía es clara: “La dipsomanía se genera por sustitución de un impulso a cambio del impulso sexual asociado.” Freud en esta época atribuye la misma génesis a “la manía del juego”.

Las dipsomanías no estarían consideradas por Freud como una perversión, y no queda claro si éstos sostienen dependencias. Lo que sí queda claro es que en el tratamiento de una dependencia *podemos* encontrar a la base una perversión. El abordaje clínico que exigiría un caso así, es imposible de exponer en la presente memoria. Freud posteriormente sostendrá en diversos textos la inviabilidad en el análisis de estos pacientes. Estamos entonces frente a otro límite del análisis.

Carta 79. (1879)

Es sin duda de todas las cartas, donde aborda más directamente el tema de las adicciones. Lamentablemente también es muy escueta. Señala Freud la adicción a la masturbación como la “*adicción primordial*”, y la sitúa como la fuente de la que las demás adicciones emanan por sustitución. Destaca el valor enorme de esta adicción en la generación de histeria, dando un giro tremendo a sus concepciones que situaban la ingesta de sustancias como mera causa concurrente. Como se vio anteriormente, las neurastenias pueden estar a la base de una neurosis de defensa, y la adicción a la masturbación puede ser parte de dos cuadros etiológicamente diferentes. Freud sospecha que esta adicción primordial obedezca a la neurastenia y la sitúa como algo en el límite de lo tratable, sin embargo no está seguro de eso.

La sexualidad en la etiología de las neurosis. (1898)

No es raro encontrar aquí, repeticiones de lo que afirma en otros textos, pero tras la lectura atenta, más que repeticiones parecen la confirmación de ciertos postulados que van resistiendo la prueba del tiempo, la clínica, y las modificaciones que exigen los nuevos descubrimientos. Por ello no obliteraré el que, por ejemplo, vuelva a señalar esta vez como regla general, el que los principales tipos de neurosis se presenten juntos, o el que las psiconeurosis aparezcan de dos maneras: autónomamente, o como desarrollo de las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia).

Freud escribe que para el caso de las neurastenias, el estado nervioso tiene aparejada como causa la masturbación abundante, u otro uso anormal de libido. Anormal en cuanto no implican una descarga eficiente y en cuanto así los sanciona la cultura.

La masturbación suele implicar culpa y vergüenza mantenidas en secreto, las que configuran parte de los síntomas de las neurosis obsesivas.

Nótese que cuando Freud habla de exceso de masturbación, a lo que se refiere es a una adicción, y con ello empieza a considerar la manera de realizar una terapéutica.

“Ahora bien, deshabituarse de la masturbación es sólo una de las nuevas tareas terapéuticas que impone al médico la consideración de la etiología sexual, y justamente ella, como cualquier otra deshabituación, parece solucionable sólo en un sanatorio y bajo permanente vigilancia del médico. Librado a sí mismo, el masturbador suele recaer, a cada contingencia desazonadora, en la satisfacción que le resulta cómoda. El tratamiento médico no puede proponerse aquí otra meta que llevar al neurasténico ahora fortalecido a un comercio sexual normal, pues a la necesidad sexual, una vez despierta y satisfecha durante cierto tiempo, ya no es posible imponerle silencio, sino sólo desplazarla hacia otro camino. Por lo demás, una puntualización enteramente análoga vale para todas las otras curas de abstinencia, que tendrán un éxito sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella. «Habitación» es un mero giro verbal sin valor de esclarecimiento; no todo el que ha tenido oportunidad de tomar durante un lapso morfina, cocaína, clorhidrato, etc., contrae por eso una «adicción» a esas cosas. Una indagación más precisa demuestra por lo general que esos narcóticos están destinados a sustituir -de manera directa o mediante unos rodeos- el goce sexual faltante, y cuando ya no se pueda restablecer una vida sexual normal, cabrá esperar con certeza la recaída del deshabituado (ver nota).”

Este es quizás el pasaje más claro y directo de su obra en donde Freud alude al tratamiento de las dependencias, sin embargo paradójico es que si bien da luces sobre la etiología sexual de las dependencias, no sea capaz de explorar los requerimientos clínicos que la nueva terapéutica exige, y asuma como la mejor condición, las técnicas de deshabituación que vienen fracasando desde hace siglos ¿Será que la culpa devenida del propio consumo, se ha confabulado para hacer aceptable a los ojos de Freud, un tratamiento puramente represivo?. Al parecer las patologías devenidas del consumo de drogas, por su cercanía al maestro, implicaron como ya se señaló un límite a sus capacidades de análisis.

El que Freud cambie el concepto de habitación, pero no modifique la terapia, tiene como consecuencia que permanezca sin cuestionar el carácter eminentemente violento que el aparato creado por las institucionalidades que lucran con la promesa de curación de las dependencias, ha justificado como la vía correcta de sostener dicha vigilancia tan necesaria para el tratamiento. Esta naturalización de la agresividad en la relación al otro que demanda el adicto, niega el examen de diferencias entre técnicas como las de acompañamiento, y las de análisis mismo, en oposición a las de vigilancia y reproche.

Otro de los puntos oscuros que deja este límite freudiano es el criterio de tiempo que exige dicha vigilancia. Pues si partimos de la premisa que el hábito se reactivará tras la próxima frustración sexual que acontezca en la vida del paciente y que no se sabe cuando ésta acontecerá, entonces los mecanismos de vigilancia deberán durar toda la vida, resultando la condición de cronicidad del dependiente.

La condición de ámbito límite de las dependencias parece ser algo que queda dando vuelta en la cabeza del maestro, pues continúa con uno de sus párrafos más polémicos, en donde señala justamente las condiciones limitantes del análisis. Estos límites serían la vejez extrema, el retardo mental, y el total avasallamiento del yo, sean pasajeros o permanentes. En el caso que el avasallamiento del yo sea episódico, la limitante será para el período de crisis, pudiendo tratarse analíticamente pasada ésta. Sólo cae la sombra de la duda sobre lo que Freud entiende por inculto. Si inculto es no ser culturizado, entonces la no adscripción a la cultura de occidente sería otro límite del psicoanálisis.

Sin embargo el mismo Freud se responde señalando:

“Pero así como en su momento se fue extendiendo la capacidad del método antes lo hace hoy. Las exigencias de la clínica de los mismos cuadros en que veía lo promisorio lo exigen.”

“De hecho, el sanatorio es indispensable para sosegar estados agudos en la trayectoria de una psiconeurosis, por medio de la distracción, cuidado y preservación del enfermo; pero en cuanto a eliminar estados crónicos, no logra nada, y aun los mejores sanatorios, bajo supuesta guía científica, no consiguen más que los vulgares institutos de cura de aguas.”

Las condiciones que Freud establece para la definición de lo que debiese ser un sanatorio distan por mucho de lo que en la actualidad significa internación. Hoy es prácticamente imposible cursar una estadía en una institución psiquiátrica sin ser sometido a un tratamiento medicamentoso. Las condiciones de distracción, preservación, y cuidado son características que sólo se puede hallar en algunas clínicas privadas de altos aranceles, pero a nivel de salud pública es una situación inexistente. Traigo a colación que casas abiertas como Le Raccard, a cargo de Miguel Norambuena y con sede en Ginebra (Suiza), parecerían ser mucho más idóneas con la definición freudiana. Sin embargo experiencias como esa, no hay en Chile.

Lo que no dista entre la realidad descrita por el maestro y la actual, es aquella que muestra la similitud entre los resultados de las grandes instituciones y las pequeñas, pues es una observación plenamente coincidente con la situación que se ve en las comunidades terapéuticas. En estas últimas, técnicos con una formación escasísima logran estabilizar en no pocas ocasiones, a pacientes

que han fracasado sistemáticamente en los tratamientos de los hospitales e institutos psiquiátricos, y que son derivados ante sus recaídas prontamente de las grandes instituciones para no ver afectadas sus cifras de rendimiento.

Por último, otra incongruencia del maestro, es que llama la atención que quien haya descrito con tanta claridad la facilitación de vías neuronales como los constituyentes de la memoria, desestime la habituación como un proceso de facilitación de vías, es decir de aprendizaje y de formación de memoria, con todas las posibilidades de intervención y modificación a través de los procesos del pensar articulados al lenguaje.

Carta 105. (1899)

Freud sostiene en este escrito que la auto-punición es la sustitución última del onanismo. Esto lo dice en pleno empeño por entender la formación de síntoma como un tipo de cumplimiento de deseo, pero dichos deseos son complejos. En el caso de la punición sería un deseo represor el satisfecho.

En unos años más, cuando desarrolle su segunda tópica del aparato psíquico, se atribuirá dicha función represora a una parte del aparato psíquico llamado súper yo. Pero con los elementos que Freud ha desarrollado hasta la fecha podemos lucubrar que la función cultural de la educación hace casi imposible realizar ciertas prácticas por ella prohibidas sin padecer reproches.

Esta breve afirmación nos da luces sobre un aspecto de las dependencias que confirma la neurología y es que en un estado avanzado muchas dependencias poco tienen que ver con el placer. (Perez Franco 2007) Este punto usualmente incomprendido o no asumido, explica la ineficacia de las campañas publicitarias que a través de la identificación de la droga con representaciones negativas, de muerte y dolor, han pretendido desincentivar su consumo. “La droga hace mal”, “es que te estás matando”, son las frases con que inútilmente se intenta convencer al dependiente para que abandone su consumo. Es decir, el factor de castigo, con que la cultura inviste ciertos objetos y prácticas de goce, es justamente lo que los hace idóneos para la generación de síntomas, pues permiten desplazar a un solo gesto, el cumplimiento de la acción deseada y el castigo de la misma.

Una agresión o una riña, la violencia familiar temprana por ejemplo, es igualmente apropiada para generar un síntoma histérico como las caricias genitales, pues en ambos casos hay estimulación sexual. Y es que hay que recordar que para Freud lo genital es sólo parte de lo sexual. El complejo de Edipo es más sexual que genital. Una madre que por la parte amorosa instala un límite y por el lado de la violencia no conoce más frontera que la de su propio cansancio, estará transgrediendo la ley del incesto al igual que la madre hipererotizante. El infante estará atrapado en el lado furioso del incesto.

Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. (1908)

Freud profundizará en el cambio de posición que ya había mostrado en el tema de la relación entre dependencia, masturbación e histeria. Ahora el síntoma histérico, es una formación de restitución de las antiguas prácticas onanistas y sus deseos asociados.

El proceso patológico es una suerte de eterna aproximación al placer primario, producto de la imposibilidad de renunciar a él. Es el intento de hacer real la vivencia primera de satisfacción que ha servido de modelo al aparato psíquico.

La técnica terapéutica se preocupa en exponer las fantasías inconscientes, y a veces conscientes, que van asociadas a esta obtención de la satisfacción primaria, las que son siempre varias y de naturaleza femenina y masculina, correspondientes a las vivencias pasivas o activas en ellas implicadas. La técnica guía de los síntomas a la fantasía, y de la fantasía a la consciencia.

La llamada situación traumática es la que brinda las formas de la fantasía de satisfacción primaria. El onanismo practicado es respecto de dichas fantasías. El poner en acto estas fantasías no es algo privativo de los perversos.

La naturaleza bisexual de los síntomas histéricos estaría deparada a aquellos síntomas de larga data y gran severidad, entre los que las adicciones por cierto pueden considerarse. Tampoco es raro encontrar en éstas, episodios sexuales extremos y prácticas homosexuales, algunas veces muy asociadas al consumo.

Atribuir a los efectos farmacológicos del alcohol o las drogas dicha desinhibición es olvidar que para algunos adictos a las prácticas sexuales, basta con una máscara o el ambiente adecuado para lograr tal desinhibición. Las drogas en estos contextos parecen ser un redoblamiento más de lo que la simple práctica sexual ya tiene de intrínseco, es su dimensión de síntoma neurótico.

Más bien es la posibilidad de aturdimiento y de amnesia que la cultura enseña a asumir como parte de los *inconvenientes* asociados a ciertos consumos excesivos, lo que viene a servir para volver a escenificar en el consumo de un objeto, la expresión conflictiva de las fuerzas pulsionales en su relación con el yo, originadas en la vida sexual.

Entonces observamos lo erróneo de la concepción que entiende la droga como un agente exógeno que permite las condiciones para un paso al acto en otro ámbito, pues el consumo es el acto en sí, que puede además acompañarse de una serie de repeticiones del mismo acto, con diferentes actores.

Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. (1908)

Observa Freud que los sueños a menudo reemplazan el ataque histérico, ilustrándolo, siendo posible que una misma fantasía adquiriera dos expresiones.

Los ataques histéricos pueden ser convocados por asociación, orgánicamente, o como defensa y consuelo de una realidad dolorosa. En este último caso Freud distingue dos tendencias complementarias. Una en que el ataque está al servicio de la tendencia primaria, pues constituye una suerte de satisfacción en el “refugio en la enfermedad”, y otra en que está al servicio de las tendencias secundarias, articuladas al yo, permitiendo el manejo consciente del ataque histérico a la persona según las circunstancias. Estas son también conocidas como ganancias secundarias del ataque histérico.

Todas y cada una de estas razones de evocación del ataque histérico guardan interesantes similitudes con las causas aducidas por gran parte de los pacientes en tratamiento de adicciones, que desencadenan un episodio de consumo. La ubicación de estos elementos en un tratamiento típico, si bien se hacen de modo parcial, el enfoque desde el que se las pesquisa no permite traducir esta información en un uso clínico al servicio de una cura definitiva, sino que se los transforma en claves contextuales que el paciente deberá evitar toda su vida.

El ataque es sustituto de una satisfacción autoerótica antaño ejercida y desde entonces resignada incompletamente, donde en muchos casos la conducta de masturbación vuelve sin efecto de consciencia.

El desarrollo que hace Freud de una anamnesia de los estadios del enfermo, coincide punto por punto, con la totalidad del circuito del adicto incluyendo su paso por centros de desintoxicación y rehabilitación:

a) La satisfacción autoerótica sin contenido de representación, corresponde al periodo en que el paciente simplemente consume, lo que sea, con o sin sintonía del ego pero sin plantearse el consumo como una cuestión en si, como una pregunta por algo más detrás de ese consumo. Simplemente lo pasa bien, de hecho por regla general, es cuando en la vida lo pasa mejor

b) La satisfacción autoerótica se asocia a una fantasía que desemboca en la acción masturbatoria. Esto coincide con la invención de situaciones y creencias ad hoc que justifican la conducta de consumo.

c) Renuncia a la acción conservando la fantasía. Esto es lo que comúnmente pasa en los tratamientos. El paciente fantasea con que pronto podrá consumir y mientras desplaza la sustitución de la masturbación a otra sustitución onanista institucionalmente aceptada, como el cigarrillo. Además el que muchos pacientes lleguen por demanda de terceros fomenta la creencia de que una vez calmada la persona que exigió su presencia en la rehabilitación, podrá volver a

consumir. De este periodo no se suele salir en las CT ni en los tratamientos farmacológicos.

d) Represión o esfuerzo de desalojo. Los tratamientos hasta el día de hoy, independiente de sus declaraciones de buenas intenciones y de la aparente multidisciplinariedad profesional de los equipos, funcionan como instituciones que fomentan la represión a través de un sentido de pertenencia grupal, o más precisamente, *a cambio* de un proceso de masificación con un grupo socialmente aceptado.

d) Recaída. Inevitable vuelta de la acción sustitutiva de la masturbación, por lo ineficiente de la represión frente a la pulsión.

El vacío de la consciencia es un estado asociado por Freud a todos los estados de éxtasis, genitales o no. Difícilmente se tiene consciencia en el paroxismo violento o en el orgasmo.

La posibilidad de un aturdimiento químico por consumo excesivo de alguna sustancia, permite volver a situar ciertas drogas y el alcohol como inductores exógenos de estados hipnoides. En ambas, es esta pérdida de consciencia el elemento asociativo suficiente que permite desencadenar dentro del estado de embriaguez, el ataque histérico. Nótese que este aturdimiento químico se vive como efecto puro de la farmacología sólo en casos de ingesta muy masiva. Por lo general, la acción del químico solamente facilitará una reacción de amnesia socialmente enseñada como uno de los efectos característicos de ingerir drogas.

El mecanismo de formación del ataque histérico, es visto por Freud como el punto de unión con la epilepsia. Sólo cabe señalar en este punto que en la clínica actual de las toxicomanías y del alcoholismo no es inusual presenciar intoxicaciones en que ocurren episodios convulsivos similares a los epilépticos.

Cinco conferencias sobre psicoanálisis. (1909)

Dentro de la exposición histórica y clínica que Freud hace presentando al psicoanálisis, comenta los afectos hostiles que despierta la histeria en el gremio médico en cuanto desafío de su saber. Rescato este cabo para hacer un alcance al similar estado de las adicciones. Por años han sido tratadas con los mismos epítetos que Freud describe como reservados por los médicos para la histeria. Simulación, malignidad, vicio y un estado de actividad sostenido en la pura voluntad del paciente, son algunas de las concepciones que aún se tienen de las dependencias. Evidencias de este desprecio son no pocas técnicas que hoy se usan en las comunidades terapéuticas (CT), que heredan con o sin consciencia los modelos y la moral religiosa de los primeros tratamientos. Por ejemplo en el modelo de CT llamado confrontacional, son elevados a nivel de técnica terapéutica los insultos, los gritos y las amenazas

físicas. “Mediocre” es el apodo oficial con que en una de ellas se designa a un residente cualquiera, cada vez que realiza una acción que no concuerda con el ideal sostenido por el técnico en rehabilitación. La formación de culpa desde un ideal del yo emanado de una figura de liderazgo es el modo de masificación con que las CT intentan modificar la subjetividad de los usuarios, siendo del todo coincidente con los mecanismos de generación de masas que Freud desarrolla en *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*.

El rasgo de similitud entre histeria y dependencias es una coincidencia no menor en cuanto que la histeria constituyó y constituye, para un sistema social cuya formación de subjetividad se funda en la represión, un desafío al status de saber y de verdad de los mecanismos institucionales, al igual que como hoy las patologías de consumo, de las que la dependencia a las drogas son parte, lo son de la cultura de consumo y de su nueva subjetividad (que ya no es tan nueva). (Melman 2004) (Foucault 1971)

Se hace aquí esta radical afirmación: las patologías de consumo son el equivalente en la subjetividad de la cultura de consumo, a lo que la histeria es en la subjetividad fundada en la represión, propia de las estructuras sociales patriarcales.

La dimensión pulsional que desafiaba la represión era la sexualidad, o la parte censurada de ella. La dimensión pulsional que subyace a las patologías de consumo, también es parte de la sexualidad, pero de una dejada en la oscuridad por los mecanismos de enseñanza cultural que imponen el llenado de la antigua falta sexual con un objeto cosa, comprable.

Lo que queda en la oscuridad es que dicha falta se llena no mediante la relación a una cosa determinada, sino mediante la relación a un ser otro que en sí mismo es siempre indeterminado. Es el alivio a la constante tensión que requiere el lidiar con esta indeterminación del ser otro, lo que sirve para hacer aparecer como más atractiva que ese otro, una promesa de completitud que yacería en la cosa plana, determinada, que calzaría perfectamente con los requerimientos temporales del deseo. Vemos cómo el otro en cuanto indeterminado es otra forma de la misma necesidad que se nos revela en la utopía. El otro es otra forma de experimentar lo imposible, de integrar esa nada que tiene necesidad de valor biológico pues investirla permite mantener la flexibilidad del sistema vivo.

En resumen, la pulsión que oculta y revela las dependencias, es la obliterada e indispensable *dependencia* de un ser otro, óptimo para satisfacer tanto los requerimientos del eros como del tánatos, y paradójicamente, siempre dejándolos incompletos. Prueba de esta dependencia intrínseca de lo humano, es que queda a juicio del lector y más allá de los esfuerzos de este autor entender la novedad de lo recién leído y de sus consecuencias clínicas.

La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. (1910)

Freud continúa profundizando en la formación del ataque histérico, esta vez especificando su investigación al ámbito de las perturbaciones visuales.

Para el maestro la ceguera histérica es el correlato físico de la disociación entre la representación de aquello visto y las otras representaciones que habitan el campo de la consciencia. Esta vez es mucho más enfático en señalar que el estado de consciencia segunda es el resultado de la merma en la asociatividad de un grupo de representaciones del resto.

Una agudísima referencia al ojo como zona erógena es quizá lo que más llama la atención de este texto. La ceguera histérica es la pérdida del control consciente sobre la actividad erógena del ojo, articulando un síntoma al sobrevenir la represión.

Es el aumento en la función erógena de un órgano, devenida del servir a las dos pulsiones en que en esta época Freud distingue (sexual y de conservación), lo que permite que dicho órgano se comporte como un genital y que sea el terreno propicio para la formación de síntomas. Las prácticas masturbatorias, sustitutivas o no, para el caso de las neurosis son síntomas, por lo que cabe la posibilidad que se desarrollen en cualquiera de estas zonas erógenas. Obtenemos así una matriz etiológica que nos permite suponer desde la teoría, la posibilidad de hacer una dependencia a partir de la interacción de cualquier objeto con cualquier zona erógena. No será problema entonces, desde este paradigma concebir estados de dependencia no vinculados a sustancias de ingesta oral, como lo pueden ser la dependencia a los juegos de video, o la participación en prácticas sexuales desde el puesto de observador.

Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. (1910)

El dejar de lado el síntoma para dar cuenta del complejo inconsciente del paciente que se articula en la forma carnal del mismo, constituye un avance que las actuales instituciones de salud que tratan el tema de las dependencias, no asumen todavía. Ellas se centran en el síntoma como el problema, aún cuando en el discurso digan otra cosa.

Freud en cambio, trabaja sobre las resistencias y espera que los complejos se dilucidan a partir de la indagación de éstas.

Según Freud, la técnica del psicoanálisis debe cambiar para cada enfermedad, y señala el caso de las histerias de angustia. No se consigue con éstas, que desde el principio se desapeguen del dispositivo de defensa y trabajen bajo las condiciones de angustia que exige la abstinencia del analista. La coincidencia con la intolerancia a la angustia que muestran los pacientes dependientes sin importar si su dependencia es o no a las sustancias químicas, es otro punto

más que refuerza la necesidad de una exploración analítica de la etiología y clínica de las dependencias y de las patologías del consumo en general, pues hasta hoy la explicación de la intolerancia a la angustia es de origen puramente farmacológico, y pese a que dicha argumentación demuestra que sólo en el caso del alcoholismo hay un riesgo vital, el tratamiento medicamentoso se aplica profusa e indiscriminadamente incluso a adictos a la cocaína, haciendo lucro y caso omiso de las observaciones de la misma OMS respecto de la inutilidad e inexistencia de un tratamiento eficaz de la adicción a la cocaína ni siquiera para una minoría significativa de la población (OMS 2003).

Para el caso de las neurosis de angustia, muy vinculadas a las neurosis obsesivas, que ya vimos, el ofrecimiento de interpretaciones *parecidas* o como dice Freud, *similares* a lo que el analista estima como el contenido a descubrir por el paciente, tiene por motivo obtener un efecto de abreacción que le permita al paciente poder tolerar una exposición tenue ante el objeto de la angustia, y en ese trabajo gradual hacer tolerable un estado de abstinencia de la defensa en que pueda obtener el material cuyo gobierno permite la solución de la neurosis. ¿Cómo se orientaría según esta experiencia clínica, un tratamiento de dependencia que se desarrolle en el contexto de una articulación defensiva?

La pregunta que hace Freud en esta época respecto a la medida en que debe tolerarse la satisfacción de las pulsiones en el tratamiento y las diferencias de que sean de naturaleza activa o pasiva, es totalmente vigente y similar, aunque a otro nivel de comprensión, al debate entre tratamientos que sostienen la total abstinencia como condición de viabilidad y de éxito, y aquellos tratamientos que buscan la llamada reducción de daño.

Se ha escogido cerrar con este texto la bibliografía revisada pues ya se empiezan a vislumbrar para Freud, los elementos que lo llevarán a la elaboración de los complejos de Castración y de Edipo, y posteriormente a la elaboración de la segunda tópica. Cada uno de ellos constituye piezas de la teoría tan magnas que para poder exponer los vínculos de ellas con las dependencias se requeriría un trabajo adicional, similar al ya realizado, dándole a la memoria en curso una extensión inapropiada a sus fines y formatos.

Sin embargo hay aún tres textos que por su directa alusión al tema de las dependencias, no se puede dejar de comentar, aunque sea para ver aquello que se mantuvo de lo sostenido hasta 1910.

Contribuciones para un debate sobre el onanismo. (1912)

Este texto sirve a Freud para reafirmar la noción de neurastenia y la ubicación de éstas como solicitadores somáticos para las psiconeurosis. Lo que modifica es su opinión sobre la imposibilidad de descomponer analíticamente los

síntomas neurasténicos y de llegar a una cura, pensándola esta vez como posible.

Respecto del onanismo, del que deriva las dependencias, señala que siempre implica una culpa, la que puede tener diverso origen. Lo define como un quehacer sexual infantil de satisfacción parcial, continuado en la adultez, cuyas condiciones limitantes lo diferencian del acto sexual “puro y simple”, y le aportan su efecto patógeno.

El onanismo cobraría su significado al permitir consumir en la fantasía unos desarrollos sexuales reprimidos y unas sustituciones de éstos que constituyen dañinas formaciones de compromiso. Ejemplifica Freud recordando al lector la cantidad de ataques histéricos que reflejan el acto onanista “de manera escondida o irreconocible”, luego de una renuncia a esta modalidad de satisfacción por parte del paciente, y la cantidad de síntomas de la neurosis obsesiva que igualmente procuran sustituir y repetir la prohibida masturbación.

En síntesis, el onanismo es dañino porque posibilita la fijación de metas sexuales infantiles y la permanencia en el infantilismo psíquico.

Como vemos, Freud continúa derivando las neurosis, de “un conflicto entre las aspiraciones sexuales de un individuo y sus demás tendencias (yoicas).”

Dostoyevski y el parricidio. (1927)

Freud nuevamente impresiona haciendo un breve examen de la dependencia al juego que analiza en el autor ruso a través de fuentes indirectas.

Este es de los pocos ejemplos en donde se muestra la adicción como una patología potente cuya formación no tiene que ver con una sustancia. El valor de la sustancia en cuanto noxa de adicción es algo que debería por lo menos reconsiderarse.

En esta época ya ha hecho su aparición el complejo de Edipo, sus asociados, y la llamada segunda tópica.

De los neuróticos Freud señala lo común de que hagan tangible, en la realidad, su sentimiento de culpabilidad, al forjar de manera extra-corporal, el equivalente de lo que antiguamente llamó símbolo mnémico.

Freid, en el caso de Dostoyevski, hace devenir la culpa de un deseo de asesinar al padre que había sido reprimido y de una defensa exaltada tras el asesinato efectivo del padre por un tercero. Era perder en el juego entonces, lo que le deparaba esa ganancia anímica que significaba hacer efectivo un castigo, necesario para aplacar la culpa. Sólo después que su sentimiento de

culpabilidad quedaba satisfecho por el castigo autoimpuesto, cesaba su incapacidad para trabajar y podía volver a escribir una novela.

Luego Freud continúa con la hipótesis de que la inervación manual sería la base orgánica para parte de la descarga que se encuentra en el juego de azar en cuanto reemplazo del onanismo. Es decir, continúa sosteniendo el papel central de la masturbación en la generación de estados de dependencia, tal como 20 años atrás.

Poder entender el nuevo marco tópico y edípico en que se sostiene este valor central de la masturbación, ya se señaló como algo inabordable en esta memoria, sin embargo se ha revisado este texto para mostrar que algunos de los esclarecimientos que Freud hizo de las adicciones hasta 1910, mantuvieron vigencia a lo largo de toda la obra del maestro.

Fetichismo, (1927)

Freud llama adictos a los poseedores de un fetiche. Esta adición al fetiche sería egosintónica.

La articulación específica del fetiche a las neurosis y a los mecanismos de defensa se entiende en el nuevo panorama abierto por los descubrimientos ya nombrados.

El texto Fetichismo cierra con una verdadera máxima que debería orientar toda clínica, si no es que la cultura en general; hay que aceptar la pulsión para la inviabilidad del síntoma, o como dicen los holandeses, el hombre sabio no mea contra el viento.

Discusión y conclusiones

El recorrido ha sido breve. Sólo por algunas de las obras accesibles de Sigmund Freud escritas hasta 1910. Queda pendiente como desafío personal del autor una revisión tanto de lo faltante hasta esa fecha como de los años siguientes, con lo que se abrirán nuevos ámbitos a integrar; el complejo de Edipo, la segunda tópica, etc.

Pero a pesar de tal brevedad la situación actual es muy diferente que la del comienzo. Freud ha demostrado tener vigencia sin par y constituir un gran aporte a la clínica de las dependencias. Los nexos entre éstas y las neurosis, han sido establecidos con claridad y están lejos de poder acotarse a alguna fórmula sintetizadora, que velaría la riqueza clínica del cuadro. Y es que no puede dar lo mismo para efectos de una terapéutica, el que una dependencia sea la cara manifiesta del ataque histérico, la defensa de una neurosis obsesiva, o la salida momentánea a una fobia. Hay caminos en donde el que toma el atajo se pierde. El ámbito de las dependencias es uno de éstos.

Y qué mejor pie que este concepto, el de los que se pierden, para esbozar unos alcances sobre las técnicas hoy usadas en el tratamiento de las dependencias.

Llama la atención que en casi la totalidad de los tratamientos de dependencia la *necesidad* de vigilancia es una constante. En aquellos tipos de programas de rehabilitación en que los pacientes no son internos suelen hacerse alianzas de poder con las familias o convivientes para vigilar al usuario, siendo la existencia de este “apoderado” en no pocos casos condición de ingreso, o causal de expulsión y de cierre de proceso en caso de que éste abandone sus funciones.

Consecuencias o mejor dicho, efectos del énfasis en la vigilancia del adicto, ha sido la creación de una imagen del dependiente como ser *peligroso*, capaz de hacer *cualquier cosa*, que necesita ser controlado por *una fuerza*, que bien puede ser la policial, pues suele ser visto más como agresor que como víctima, cuando en verdad es las dos cosas. A fin de cuentas, consumir incluso drogas legales y publicitadas, en ciertos espacios públicos constituye un delito. El dependiente es, en este sentido, un delincuente con una altísima tasa de reincidencia.

A esta necesidad de vigilancia tampoco escapó Freud, como pudimos ver en el caso de la chica adicta al onanismo. Lamentablemente, el gran autoanalista jamás se cuestionó esta actitud. ¿A qué obedece esta necesidad de vigilancia que reclama la dependencia y que es tan alegremente (por funcional y lucrativa) asumida por cierto tipo de institucionalidad como la eclesiástica, la psiquiátrica o las paramilitares (policía, guardias privados, etc.)?

Ya se adelantó la tesis del presente trabajo; la vigilancia es la puesta en acto de algo no dicho, a saber, de la silenciosa exigencia de un otro humano e indeterminado que ha sido obliterado.

En la adición siempre hay una referencia a otro. Es el equivalente de las histerias en la época victoriana y post-victoriana que vivió Freud. Las histerias eran la respuesta humana a una manera despótica de hacer subjetividad, en donde el discurso sobre la sexualidad era severamente reprimido en el modo de su manifestación (Foucault 1971). En donde la pulsión sexual era profundamente negada y modificada, la histeria era el acto de rebeldía, la respuesta de la naturaleza pulsional que exige respuesta de la cultura.

En una cultura como la actual, en donde todos los goces están permitidos, en donde al parecer ya no hay prohibición posible (Melman 2004), ni el goce necrófilo ni el pedófilo, la serie de patologías de consumo dentro de las que se encuentran las dependencias muestran el inverso oculto de esta nueva subjetividad (Melman 2004), en donde justamente lo obliterado ha sido la dependencia de lo humano a lo humano, la referencia a un otro que falla una y otra vez, y que intenta ocultar esas fallas con objetos sustitutos cosificados.

Y se dice obliterado pues no es represión en el sentido de rechazo con que tradicionalmente se la ilustra. Cuando el padre amoroso enseña donde y cómo gozar, también se produce represión. Y parecido es el caso actual excepto por lo de *amoroso*. La gran exigencia realizada desde el ideal de la cultura y sus medios de construcción, reclaman como pilar del modo de vida contemporáneo la obligatoriedad del goce (Melman 2004); éste es el tipo de inscripción propio de la cultura de consumo. Para ello ofrece una serie diversa de bienes que lejos de ser un caos de equivalencias, se organizan tales bienes en función directa del valor económico que el mercado da a cada uno y así se ordenan también las jerarquías asociadas a su posesión, derramando una gruesa sombra sobre la única respuesta posible a la pulsión doble de vida y muerte. Sombra que se construye con una cuasi infinita cantidad de objetos y cosas que se muestran atractivos siendo cada uno la promesa del goce perfecto y específico a cada necesidad. Lo que define la cosificación, incluso de personas, es la adscripción a una categoría de perfección, cerrando el proceso de su *hacerse* en el mundo. Lo humano por el contrario, es justamente esa indeterminación en el propio ser (Lacan 1987), (Laurent 2002), esa ausencia de finitud que la fantasía neurótica sufre por sofocar con aquel objeto que erróneamente denomina perfecto, poco antes del desencanto.

Que la falla de este otro partenaire de una relación sexual mute en un retraimiento masturbatorio no es propio de hoy, sino que responde al funcionamiento del aparato psíquico como lo describe Freud en *Introducción del Narcisismo* de 1914, y en otros textos. Y tampoco lo es el que la masturbación pronto o tarde se sustituya por alguna dependencia de un objeto que sirva por su mecánica y/o química a los fines de la defensa, configurando

así este particular símbolo anímico en donde los objetos de la cura y los patológicos se funden en un solo estado (pharmakón).

Lo que sí es distintivo de esta época, y será su signo por un largo tiempo más, lamentablemente, es el inmenso aparato cultural creado por grupos empresariales, donde la publicidad y los medios cumplen más visiblemente el rol de enseñar, persuadir y convencer a las personas que es a través del consumo de cosas que podrán llenar la estructural, y en otros casos fértil, falta de totalidad tanto en la experiencia del propio ser como en la de los demás. En resumen, estamos frente a una planificada y sistemática manipulación de los mecanismos psíquicos normales de defensa, con fines de lucro para ciertos grupos de una sociedad. Claramente hay psicoanalistas participando de ello.

Cabe decir, en el ámbito del consumo, que las tanto las patologías individuales como las sociales jamás cesarán si no se modifican las condiciones matriciales de subjetividad que las configuran y se modifican las condiciones subjetivas y muchas veces objetivas, que sostienen la defensa.

Llama la atención que si bien hay un fondo de indeterminación y de insatisfacción en lo humano, la clínica en pacientes de diversas clases sociales, sobre todo en la más empobrecida, ha mostrado que la adicción, más que con dificultades reales y materiales de carencia, tiene que ver con las soluciones a tales carencias que plantea la cultura, y dicho claramente, la cultura de la clase alta y de la clase burocrática. Pues aún cuando en lo real la pobreza ha sido severa, cada paciente tratado ha encontrado incluso en el contexto de la ausencia de humanidad inicial, como lo es el abandono infantil o la VIF, la posibilidad de establecer un deseo situado en un aspecto de lo humano que lo trae de vuelta a la colectividad y que le permite gestionar una identidad y una afectividad con potencial de ser diferenciable de eso y de aquél que lo originó.

Entiéndase, no se afirma que la adicción sea un invento posmoderno. Lejos de eso. Lo que se afirma es que se ha tomado un mecanismo de defensa del psiquismo humano de larga data y se ha configurado una matriz social, que es la de la sociedad de consumo, en torno a éste y a los intercambios económicos que fomenta.

Las definiciones de lo que se ha entendido por adicción o por dependencia son el lugar donde dichos intereses han dejado su huella. Por ello ha empezado esta memoria por la exposición de las definiciones institucionales.

De las definiciones.

Es usual que pacientes consuman drogas por un sentimiento consciente de alivio, respecto de alguna representación o afecto penoso. En verdad este uso no es diferente de la práctica médica en los tiempos freudianos que se servía de la narcosis para aliviar las contracturas histéricas o del actual uso de

analgésicos para aliviar dolores de cabeza no determinados, o para aliviar el sufrimiento del adicto en el craving. La falta de un título profesional, por fortuna cada día más cuestionado (pero aún no lo suficiente), jamás ha impedido que las personas accedan al uso de sustancias para aliviarse del dolor. Una definición que pretenda comprender lo que es una adicción no puede basarse entonces en la legalidad o no del consumo. Ni siquiera es correcta para efectos de la elaboración de un perfil antisocial, pues en ese caso debería estimarse la relación del sujeto a la legalidad en general, a niveles concretos y formales.

La sanción de la adicción en el caso de las leyes, no recae sobre la adicción en sí como conducta pura, sino que la castiga solamente cuando los flujos económicos que se desarrollan al consumir, se dirigen sobre determinados objetos en vez de otros. Este criterio político-comercial presente implícita o explícitamente en todas las legislaciones sobre el consumo de drogas, devela algo que ya es casi de conocimiento público, a saber, que las leyes no velan por el bienestar y la salud de toda la sociedad sino por los beneficios de una pequeña parte de la misma, y además comprueba lo impropio que es el aparato legal para arrojar luces sobre el tema de las adicciones. En el fondo y como ya se adelantó en el trabajo, el problema de la legalidad es la disputa por la fuerza entre los narcoproductores y narcotraficantes legales y sus *gremios asociados* versus los narcoproductores y narcotraficantes ilegales y sus *grupos asociados*.

Claramente uno de los resultados importantes de las definiciones revisadas y ofrecidas por la institucionalidad de la OMS y sus similares, es que ponen a la droga como eje de la dependencia. La lógica de la liberación, como la que enseña Juan Rivano en su texto *Contrasofistas* (Rivano 1966) nos permite entender que toda propuesta, como una definición, tiene un inverso, un contrario y una negación, por lo menos. Estos gravitan en torno al concepto manifiesto como exigencias implícitas del mismo, como los términos más cercanos que aparecerán en la práctica, derivada de sus exigencias asociativas.

Así, si la dependencia es causada por la droga, se remite su etiología a lo químico, por lo que la terapéutica devendrá de tal ámbito. Es entonces una exigencia implícita de esa definición la prioridad del tratamiento farmacológico y de desintoxicación hospitalaria, entendiéndolo como forma de cura. Sin embargo, el informe de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile del año 2001 donde se evalúan los distintos programas que abordan el tema de las adicciones, muestra que este *tratamiento* está absolutamente saturado de usuarios, no sólo por primerizos sino por un importante número de re-hospitalizaciones. Se entiende que un tratamiento que genera un gran porcentaje de recaídos, no es eficiente. Aunque parece que en verdad no se entiende.

En la clínica de las dependencias no es raro encontrarse con una gran cantidad de pacientes que han fracasado no ya en uno, sino en múltiples tratamientos

psiquiátricos, haciendo un verdadero circuito entre clínicas privadas, hospitales, y oficinas de superespecialistas, así como no es extraño que lleguen a la consulta con diagnósticos poco académicos, por decir lo menos; “Es que el *doctor* me dijo que yo siempre voy a ser adicto...” He ahí uno de los más comunes. Nótese cómo esta rotulación reproduce la condición de negación de la posibilidad de experimentar lo indeterminado que necesita la pulsión de muerte, es decir reproduce la situación misma de la adicción.

Lamentablemente la ciencia hoy canta a lo que pide el mejor postor, y tal vez siempre ha sido así, por lo que resulta imposible dar cuenta de esa cifra negra que no es aceptada en los tratamientos hospitalarios, por su ya repetido fracaso, y que son derivados a centros que irónicamente, son conducidos por personas con muchos menos años de inversión económico-académica que los psicólogos y los médicos psiquiatras. Por todo ello el autor de la presente lectura estima imprescindible que se considere a los hospitales en su condición de lugar de desintoxicación y no de centro de rehabilitación, lo que deriva en una severa distinción de los objetivos y criterios de éxito del tratamiento, imposibles de igualar con los objetivos y criterios de éxito de un tratamiento de la dependencia.

La experiencia clínica con una paciente bien refleja la percepción de muchos usuarios respecto de los lugares que eligen de tratamiento. Llega ésta a la consulta por una potente adicción a la cocaína. Comenta además el abandono que padece de un hombre que le ha engendrado un hijo, que ya tiene 14 años y la espera en el hall, así como se explaya sobre el gran gasto económico que ha hecho en su inútil intento de sanación, que ha ido a parar a los bolsillos de psicólogos y psiquiatras que en pocas o muchas palabras le han dicho que su condición no tiene remedio (que es la forma pedante, agresiva y lucrativa de decir “soy ignorante respecto de lo que le pasa”). A la luz de ese y otros datos, el autor de este texto le plantea a la paciente que ve una depresión a la base de su dependencia y que por ello sí es un tema abordable. Ante esa respuesta la paciente señala; “es que sabe, la verdad es que no sé si me quiero sanar, así que creo que me voy a ir a un tratamiento de desintoxicación que me recomendó *el doctor*, porque esto que usted me dice es nuevo y no sé si quiero”.

Se propone entonces definir dependencia simplemente como uno modo de relación a los objetos de goce... Este modo consiste en un recursivo acceso a un objeto cualquiera, cuya cualidad esencial buscada en este contacto se percibe como la capacidad de brindar al consumidor un estado de satisfacción sin obtura, “pleno”.

Desde el punto de vista que se propone, que es definir la adicción como una pura actividad en relación a un objeto cualquiera de consumo, se infiere que podrá desarrollarse tanto en el contexto del hospital, en el consultorio privado del psiquiatra, en la esquina de la población, o en la oficina. Esto no es una

buena noticia para los que gozan de premios por la cantidad de fármacos recetados que dan los laboratorios.

Otro efecto de esta definición, o exigencia lógica, es que deja de atribuir a la droga la cualidad de generar dependencia, así como también exige dejar de entender el término droga como cierto tipo de sustancia química, y abre la necesidad de comprender que droga es un adjetivo apropiado a todo ente que ocupe el lugar del objeto de consumo en la relación sexual definida como de dependencia, acercándonos aparentemente a las nociones de E. Glover desarrolladas por la década del 30. Cualquier cosa puesta en tal tipo de relación, hace las veces de droga. La precisión de la definición que se propone permite aprehender la cualidad categorial común de una diversidad de cuadros hasta hoy tratados como entidades diversas con los pésimos resultados que nos informa el estudio *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010: Evaluación a mitad de período* (Ministerio de Salud 2006), ya comentado al principio del presente trabajo.

Pero además otro factor sumamente importante, es que las definiciones de dependencia que hacen de "la droga" el elemento adictivo, dejan en la sombra y desarticulada la posibilidad de una necesaria, coherente y traducible a prácticas concretas, crítica a todo un sistema cultural llamado cultura de consumo, donde pequeños grupos enriquecidos invierten cantidades obscenas de dinero en hacer que las personas, especialmente los niños, adquieran potentes pautas conductuales de consumo y dependencia. Si consideramos que todos los actuales medios de comunicación, todos, hoy se sustentan en la venta de espacios para la difusión de aparatos generadores de pautas conductuales de consumo, llamados publicidad, entonces presentar como cuestión de salud pública el tema del consumo y sus patologías asociadas, no es una noticia que les sea agradable, pues los resultados de este enfoque, de haber gente honesta en las instituciones estatales reguladoras, indudablemente se traducirán en condiciones que limiten y sancionen dichas prácticas lesivas, mermando sus ingresos económicos. Recordamos que el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, bajo la dirección de don Carlos Descouvieres en el año de 1969, hizo un comunicado nacional en donde denunciaba las consecuencias nocivas para la salud mental pública del tipo de publicidad que la derecha usaba ese año en su propaganda electoral. Un tipo de publicidad que utilizaba la angustia como elemento movilizador de conducta (Labarca 1971). Los posteriores eventos de 1973 depositaron a este importante precedente en el mismo nicho del olvido a que fue a parar gran cantidad de personas y todo el Estado Histórico de Chile, jamás recuperado. (Uribe 2006), (Manifiesto de Historiadores 2007).

El presente trabajo propone que las instituciones que elaboran las políticas públicas de Chile relacionadas a las drogas y a las adicciones, asuman en su labor la perspectiva que integra las dependencias al campo denominado PATOLOGÍAS DEL CONSUMO, entendiendo bajo esta expresión todo ese ámbito de cuadros cuyo denominador común son las alteraciones por exceso o

defecto de conductas en el consumo de algún objeto. Se hace notar que dentro de objeto puede haber cualquier cosa, incluido otro ser viviente, una parte de él o simplemente la nada.

No faltará quien pretenda para estos cuadros etiologías completamente diferentes, y terapéuticas también. No estará solo. Pues hoy justamente esa es la lógica con que se enfrenta el tema. Los tratamientos de la adicción al tabaco son completamente diferentes de los del alcoholismo, y toda una parafernalia de justificaciones químicas y científicas van al resguardo de tal estructura que por cierto, es la que actualmente se aplica en hospitales y clínicas privadas que son propiedad de muchos de los psiquiatras que trabajan en esos hospitales.

El tema económico es un factor no menor para entender la encarnizada defensa que ciertos personajes podrán hacer del actual estado de cosas. En Chile un tratamiento de adicción en una clínica privada no es raro que cueste sobre 300.000 pesos al mes, en un contexto en que cerca del 70 % de los hogares de este país vive con un ingreso mensual inferior a los 200.000 pesos. (Casens 2003)

Uno de los desarrollos que se retomarán en este capítulo final de discusión y conclusiones, es la pregunta frente a la siguiente situación; aceptamos el origen psicológico de las dependencias, pero al interactuar sostenidamente con un químico, ¿no hay un factor químico exógeno que toma control sobre el cuadro, que sólo puede ser abordado desde el tratamiento farmacológico?

Para seguir respondiendo a esta pregunta, debemos dilucidar los nexos entre la dependencia (psicológica para algunos), y el síndrome de abstinencia, que es el indicador físico más significativo y tradicionalmente asociado a la dependencia físico química (adicción) y que ya se adelantó a propósito del concepto de investidura.

Las relaciones entre dependencia y abstinencia no significan que el ingreso de un exógeno droga al circuito de la neurosis obsesiva o de la histeria implique inmediata dependencia química. La naturaleza del síndrome de privación o abstinencia nos permite dar cuenta de ello, como veremos.

Juan M. Pérez Franco, entrega interesantes descripciones de abstinencias, además de un lúcido análisis respecto al doble discurso de las autoridades en materia de patologías de consumo, al satanizar las drogas ilegales siendo que las legales como el alcohol y el tabaco triplican la cantidad de muertes y de enfermedades que generan las primeras. (Pérez Franco 2007) Lamentablemente ese autor no logra superar la idea que la compulsividad, es causada también por la droga.

Pérez entiende adicción como la compulsiva búsqueda y consumo de una sustancia, y dependencia vendría a ser el síndrome que se presenta ante la

suspensión abrupta de la ingesta de dicha sustancia. Luego señala que hay adicciones con dependencia y otras sin ella.

Del alcohol señala que su síndrome de abstinencia es grave y puede llegar a ser mortal, pero para llegar a ese estado ha debido pasar un largo e intenso período de varios años de consumo sostenido. O sea para llegar al síndrome de abstinencia con riesgo vital, que justifica intervención medicamentosa, han debido pasar muchos años de adicción.

Para el cannabis también describe un síndrome de abstinencia tardío, pero de muy suave poder y casi *“sin importancia clínica”*. Pese a ello el tratamiento medicamentoso a esta abstinencia es un asunto real y actual.

De los opiáceos señala que su síndrome de abstinencia aparece rápidamente, es decir con un breve consumo, pero que no tiene riesgo vital ni importante, pese a su espectacularidad.

Y para los estimulantes, dentro de los que cuenta la cocaína, describe un síndrome de abstinencia suave (¿?) y que también aparece a poco de consumir, aunque no especifica la dosis. Este párrafo es igual para el tabaco

Para todos los casos, la potencia del síndrome de abstinencia no es un factor que impida o dificulte el retorno al consumo, es decir, no tiene valor aversivo. Y continúa diciendo que este punto no es lo problemático ni para ellos ni para las familias, “sino la imposibilidad de controlar el consumo compulsivo...”, añadiendo luego, *“de la sustancia”*, remate que en el presente contexto cambiaríamos por *“del objeto”*.

Así, toma de ejemplo las benzodiazepinas, generadoras de una potente abstinencia, pero a las que no describe un consumo compulsivo asociado. Lo mismo extiende al café. De la cocaína y otros estimulantes contrasta la suave abstinencia con la poderosa compulsividad en su consumo, y cierra los ejemplos comentando que en etapas tardías de un consumo extenso de tabaco, la compulsividad cobra gran fuerza.

Es decir, hay indicadores descriptivos claros que nos permiten afirmar la compulsividad en el consumo como un cuadro autónomo de la abstinencia o dependencia química. Por ello, el que en el contexto de una neurosis se haga ingesta de una sustancia no implica que la farmacología de ésta tome el papel de determinante primario sobre el cuadro, pues la compulsividad que ha sido discernida como el elemento central de la adicción y lo verdaderamente problemático a nivel individual y social, y aquí nos distanciamos de Pérez, no es efecto de la droga sino que obedece a los mecanismos defensivos naturales del aparato psíquico. Por otra parte hago notar que observaciones clínicas con dependientes de otros objetos diversos de la sustancia como el juego y el sexo, presentan estados del todo equivalentes a los síndromes de abstinencia descritos en los manuales diagnósticos, con la sola salvedad del caso del

alcoholismo, por lo que cabe poner en duda que tal tipo de reacción sea exclusiva a las sustancias psicotrópicas. Más bien se plantea que tal abstinencia, si bien puede ser modulada en su apariencia por las sustancias ingeridas, es un proceso devenido del aprendizaje y el efecto de un tipo particular de condicionamiento, pero que es imposible de tratar sin considerar el contexto sexual en que se genera.

Este profesional de la Universidad de Chile, destaca además que consumo y daño presentan una importante diferencia, no debiéndoseles entender como sinónimos, ni utilizar la prevalencia de consumo como indicador de patología o de daño asociado.

De la realidad nacional.

Respecto de la realidad nacional, es poco lo que se dirá ante la pobreza y el bajo nivel de la discusión general, lo que se puede constatar asistiendo a congresos y seminarios, tal como el autor de esta memoria ha hecho en los últimos dos años. De ella se destacan dos o tres puntos.

El primero es la primacía del *interesado* discurso psiquiátrico y farmacológico. Por lo ya visto, y en consideración de las definiciones que son su fundamento, y de las implicaciones económicas y políticas que conllevan, se hace indispensable el desarrollo de un nuevo enfoque teórico, clínico y crítico diferente de aquél. No es casual que los textos de Freud, un hombre del siglo 19, sean los fermentos apropiados para este “nuevo” enfoque, pues la base epistemológica de la psiquiatría actual sigue siendo el positivismo, por lo que el psicoanálisis de Freud y su modo de comprensión de la experiencia humana que incorpora aportes filosóficos posteriores, sigue siendo más adelantada.

Lo que hoy se conoce como “terapias de reducción de daño” no es realmente una alternativa pues en su mayoría no constituyen un cambio del estatus de la dependencia, sino simplemente y como lo dice su nombre, la tolerancia de un consumo que por su forma y objeto genere menos perjuicio funcional y orgánico.

El segundo punto es la importancia de las comunidades terapéuticas por ser el tipo de institución que da mayor cobertura. Eso no puede seguir así.

La Comunidad Terapéutica (CT) es sin duda el tipo de institución más difundida y representa el grueso del aparato de salud con que en Chile se enfrenta el tema de las adicciones. Su importancia como tronco del aparato de salud en el área está representada por la significatividad que ocupa en investigaciones como la *Evaluación del Subprograma de Tratamiento y Rehabilitación*. (Conace 2006)

A estas CT no es raro que vayan a parar pacientes cuyo tratamiento en recintos psiquiátricos ha fracasado.

La integración por decreto de profesionales a su funcionamiento, so pena de desfinanciamiento estatal, no ha significado una transformación de fondo en dicho modelo, heredero de una tradición religiosa, represiva, masificante y coludida con el mundo empresarial del que difícilmente se puede hacer cargo.

En estos centros trabajan técnicos más o menos calificados, la gran mayoría "ex-adictos" los que suelen ejercer además algún otro oficio o trabajo por los francamente miserables sueldos que se manejan en el medio, que apenas superan el mínimo legal. El nivel de formación que tienen, si bien no impide que a veces parezca que tengan éxito donde el psiquiatra o psicólogo ha fracasado, es insuficiente para introducir nociones clínicas que permitan una transformación institucional profunda.

Nos acercamos al final, o a la interrupción. Se han retomado los puntos que quedaron pendientes en el texto de la memoria y realizado algunos comentarios. Quizá lo último pertinente sea un escribir algo sobre la terapéutica de las dependencias.

Cuando se trata una dependencia u otra patología a través de la palabra, se guía al usuario en la modificación que él hace, de un patrón químico y emocional que si bien se pudo haber instalado en la neurobiología del paciente producto de algún contexto, o que incluye una relación personal específica como situación contextual permanente, presenta sus efectos y afectos desplazados de la situación y las personas que le dieron lugar. Lo que diferencia al psicoanálisis de otras intervenciones a través de la palabra, es el privilegiado sitio que tiene el sin sentido, la nada, el vacío fértil, dentro de la experiencia que el usuario tiene de sí.

Lo que se favorece en el tratamiento no es abatir o centrar la consciencia en la representación de las causas, sino en el relato que se hace desde los afectos que se jugaron ahí, pues la claridad cognitiva respecto de la o las situaciones concretas implicadas en la causación de la sintomatología llega a ser un dato casi anecdótico si el complejo de relaciones afectivas patógenas no se vivencia y elabora, y hasta el momento la única manera que el autor de esta memoria ha visto de hacerlo es abriendo en el horizonte una poderosa relación de amor.

Este volver a nacer emocional que se da en la transferencia entendida como lugar del *acontecimiento* (Deleuze 1989), permite que en usuario la neuroquímica del futuro se libere de la neuroquímica del pasado. Todo aquel que se sitúe como guía en este tipo de relación transferencial, debe caer, fallar, dar entrada al sin sentido y no olvidar que está ahí gracias al lugar formal posibilitado por las relaciones de saber y poder que se juegan. Reducir este dato de la relación laboral con el paciente, a cosa graciosa, anexo o añadidura que se mira con condescendencia y que se autoexplica como las

consecuencias naturales de estudiar tal o cual profesión, es simple y negligentemente no asumir parte principal de toda terapia y sentar las bases para el desarrollo de un fracaso terapéutico, del que la dependencia al tratante es su cara más cómoda, engañadora y lucrativa.

No habrá fin a la dependencia patológica como cuestión social a menos que exista una modificación de las condiciones matriciales de subjetividad, y eso sólo se hará mediante una revolución de los que padecen dicha matriz, o por una evolución del modelo hacia otro que genere más ganancia a los dueños del aparato mediático y productivo, que desplace el lugar crítico en que la matriz de la sociedad de consumo genera patología.

Sin embargo a nivel individual, y esto no ocurre de igual modo para todos, la salida a la dependencia patológica deviene con poder articular una práctica y un texto histórico y afectivo, de esa falta generativa que la masturbación muestra, oculta e intenta remediar. Esta falta es paradójica, pues si bien jamás podrá ser subsanada del todo, tampoco es algo que esté del todo vacío, ya que como se vio en la génesis freudiana del yo, la vivencia de satisfacción original se hace en relación a un otro que está y no está, está y no está.

La resignación de la fantasía de goce total, la humanización del objeto que promete la satisfacción, y la experiencia que integra la falta constitutiva del propio ser como cuestión que ya no es una amenaza insoportable, son quizás las tres condiciones indispensables para guiar la cura de una dependencia patológica.

La diversificación de los intereses suele considerarse un indicador terapéutico de mejoría, y es algo que desde el conductismo y desde el sentido común se contempla como obviedad. Pero el enfoque analítico nos permite discernir cuando ese nuevo interés da cuenta de un disfraz de la adicción o de un proceso psíquico de mayor profundidad. Es la relación a ese otro en cuanto otro amado en su condición de diferencia e imperfección, o en cuanto cosa que promete la satisfacción total, lo que nos mostrará el rasgo diferencial entre la continuación de la dependencia o la salida de la misma.

Por último, en el campo de las adicciones las experiencias con drogas oníricas como camino a una conversión curativa, es una posibilidad, pero no es algo estandarizable. Ni los contextos, ni los chamanes, ni la droga pueden garantizar una conversión curativa como la llamó Freud, o la aprehensión de algún destello de lo inconsciente y de las afectividades que habitan esos textos. Y en cualquier caso, difícilmente se podrá realizar la cura de una dependencia patológica con este método, pues tiende a reproducir la fantasía del objeto totalizante, de la cosa real que llena toda falta. La *abstinencia* es condición del tratamiento, evocando los campos semánticos que Freud desde su siglo hace vigentes hasta hoy.

Anexo 1

Cito del DSM IV:

“La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”.

Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a

pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Mientras en el CIE 10 encontramos;

F1x.2 Síndrome de dependencia DSM-IV

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a)** Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b)** Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c)** Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d)** Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e)** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f)** Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes

consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia.

Bibliografía.

Alain Miller, J. Laurent Eric y Brodsky, Graciela. (2005) *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Ed. Paidós.

American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, forth edition, DSM IV*. Washington D.C., USA. Ed American Psychiatric Association. 909 pp.

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Edición electrónica en castellano.

Artaza Barrios, Pablo. Garcés Durán, Mario. Grez Toso, Sergio. Illanes Oliva, María Angélica. Pinto Vallejos, Julio. Salazar Vergara, Gabriel. Sandoval Ambiado, Carlos (2007) *La Dictadura Militar y El Juicio de la Historia. Tercer Manifiesto de Historiadores*. Disponible en:

www.uchile.cl/download.jsp?document=40867&property=attachment&index=0&content=

Y también en:

http://www.universidadarcis.cl/v2.0/index.php?option=com_content&task=view&id=559&Itemid=1

Beatty, Jackson. (2001) *The neuronal empiricism hypothesis: Cerebral cortex as an unsupervised knowledge-seeking neural network*. *Neurocomputing* 38}40 (2001) 1095}1100. Published by Elsevier Science B.V.

Coon, Dennis. (2005) *Fundamentos de Psicología*. Cap. 2, 5, 6 y 7. 10^o Edición. Ed. Thompson.

Deleuze, G. (1989) *La Lógica del Sentido*. Traducción de Miguel Morey. Edición Electrónica de www.philosophia.cl / Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

Departamento de Estudios sobre Toxicomanías y Alcoholismo (TyA) del Centro de Investigación del Instituto Clínico de Buenos Aires. (2003) *El Psicoanálisis Aplicado a las Toxicomanías*. TyA. Conferencias. Ed. TyA, B. Aires. Argentina.

Edelman, Gerald M. (2004) *Wider than the sky. The phenomenal gift of consciousness*. Yale University Press. Cap. 10. Traducción de Carlos Muñoz Gutiérrez.

Fernández Tornini, Jorge. 2001. *Curso Introductorio de Psicobiología. Tomo I y II*. Santiago, Chile.

Foucault, Michel. (1971) *Microfísica del poder*. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Ed. La Piqueta. Tercera edición 1992.

Freud, Sigmund. (1884). «*Über Coca*» CD Obras Completas y Otros textos. Edición electrónica.

Freud, Sigmund. (1886) *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico. Vol.1*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1888) *Histeria. Vol.1*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1890). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Vol.1*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1892). *Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, Leçons du mardi de la Salpêtrière. Vol.1*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund (1893). *Algunas consideraciones para un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Vol.1* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund (1894). *Las neuropsicosis de defensa. Vol.3*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1894). *Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. Vol.3*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1893-95) *Estudios sobre la histeria. (Breuer y Freud) Vol.2*. Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1895) *Proyecto de Psicología. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1895) *Manuscrito H. Paranoia. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1895) *Manuscrito G Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1895) *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. Vol.3.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1896) *Manuscrito K. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1896) *Nuevas puntualizaciones sobre neuropsicosis de defensa. Vol.3.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1896) *La herencia y la etiología de las neurosis. Vol.3.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1897) *Carta 55. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1879) *Carta 79. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1898) *La sexualidad en la etiología de las neurosis. Vol.3.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1899) *Carta 105. Vol.1.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1908) *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Vol.9.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1908) *Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. Vol.9.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1909) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Vol.11.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1910) *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. Vol.11.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1910) *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Vol.11.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1912) *Contribuciones para un debate sobre el onanismo. Vol.12.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Freud, Sigmund. (1927) *Dostoyevski y el parricidio.* Tomo 3. Obras Completas de Sigmund Freud. Traducción directa del alemán por Luis López Ballesteros. Tercera Edición. Ed. Biblioteca Nueva 1973. España.

Freud, Sigmund. (1927) *Fetichismo. Vol.21.* Obras completas. Ed. Amorrortu. Séptima reimpresión, 2003. Buenos Aires, Argentina.

Labarca Goddard, Eduardo. (1971) *Chile al rojo: reportaje a una revolución que nace.* Santiago de Chile. Ediciones de la Universidad Técnica del Estado. 398 p.

Lacan, J. (1987) *Seminario 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales.* Ed. Paidós. B. Aires. Argentina

Laplanche, J. y Pontalís, J. (1967) *Diccionario de Psicoanálisis.* Editorial Paidós. Edición argentina, 2001.

Laurent, Eric. (2002) *Los Objetos de la pasión.* Ed. Tres Haches. Buenos Aires, Argentina. Traducción de Marcela Anteló.

López, Cristián. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? PSYKHE on-line, Vol.15, Nº 1, 67-77.

López Goñi, José Javier. (2005) *Evaluación de la Eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. Tesis Doctoral.* Universidad Pública de Navarra. Departamento de Psicología y Pedagogía. Pamplona.

MacWhinney, Brian. (2004) *Emergent Fossilization. In: Perspectives on Fossilization, Han, Z. and Odlin, T. Clevedon, UK: Multilingual Matters.* Editorial Manager, Multilingual Matters Ltd.

Maddux, J. F. and D. P. Desmond 2000. Addiction or dependence? *Addiction*, Vol. 95, No. 5: 661-665. En José Moral de la Rubia <http://www.respyn.uanl.mx/vi/4/ensayos/avances.html>

Mas-Bagà, Manuel. (2006) *La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC*. RET, Revista de Toxicomanías. N°. 47 –

Maturana, Humberto. (1984) *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria. Santiago, Chile.

Melman, Charles. (2002) *El Hombre sin gravedad. Gozar a cualquier precio. Entrevistas con Jean Pierre Lebrun*. 1º Ed. Universidad Nacional de Rosario. 2005.

Meza, Guido. (2007) *Caso M: A propósito de los vínculos entre lo psíquico y lo orgánico en un tratamiento de adicción a las drogas*. Rev. Avances en Salud. Uruguay. Ed. Jorge Dourtau.

Ministerio del Interior y CONACE. (2004) *Lineamientos técnicos, tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Santiago, Chile. 174 p.

MINISTERIO DEL INTERIOR. CONACE. (2006) “*Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las Instituciones en convenio con CONACE-FONASA*” A un año de seguimiento.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (2004). Gobierno de Chile. *Serie CASEN 2003. Volumen 2: “Pobreza y Distribución del Ingreso en las Regiones”*.

MINISTERIO DE SALUD, Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria (2006) *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010: Evaluación a mitad de período. Estado de Avance en los objetivos de impacto*. Santiago de Chile.

Neuropsychology (2006). Ficha aún no disponible. Original aún no traducido al castellano.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO VIENA. (2003) *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. NACIONES UNIDAS Nueva York, 2003.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, (CIE-10). Capítulo F – Trastornos mentales y del comportamiento*. Barcelona, España: Ed. Masson. 541 pp.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe mundial sobre las drogas. Volumen I y II*. Publicación de las Naciones Unidas

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL DE DROGAS VIENA (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*. NACIONES UNIDAS Nueva York, 2003

Rivano, J. (1966) *Contrasofistas*.

Roche. (1976) *El Sueño*. Ed. Roche.

Rumelhart, David E. *Afectos y Neuro-Modulación: Un Enfoque Conexionista*. Traducido por Carlos H. von der Becke. <http://pub.ufasta.edu.ar/ohcop/rumelhrt.html> o en <http://club.telepolis.com/ohcop/rumelhrt.html>

Pérez Franco, Juan (2007) *Adicciones. Apuntes para uso exclusivo de docencia*. Edición electrónica.

Transnacional Institute TNI. (2006) *Fiscalización internacional de drogas: ¿cien años de éxito? Comentarios del TNI al Informe Mundial sobre las Drogas 2006 de la ONUDD*. <http://www.tni.org/index.phtml?&lang=sp>

Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. (2001) *Evaluación del subprograma de tratamiento y rehabilitación. Resumen ejecutivo*.

Uribe, Armando. Entrevista. La belleza del pensar. Disponible en <http://www.labellezadepensar.org/fichas/uribe.htm>

Valencia, Patricio. Witto, Sergio. *Introducción al Esquizoanálisis*. Apuntes de cátedra no editados. Compilador Guido Meza. Universidad Arcis.

Para quien se interesa en conocer el resto de la bibliografía o simplemente para contactar al autor:

psi.meza@gmail.com