

PSICOSIS Y TOXICOMANÍA: UN SÍNTOMA CONTEMPORÁNEO

Guillermo Rubio

Voy a hablarles de una nueva categoría diagnóstica de la psiquiatría, muy de moda actualmente, que es el llamado doble diagnóstico o comorbilidad psicosis - toxicomanía y de la manera en la que abordamos el tratamiento de dicha patología en Babel, que es el primer servicio ambulatorio de Bélgica, y por ahora el único, especializado en el tratamiento de pacientes psicóticos que consumen habitualmente productos psicótropos ilegales.

Babel fue creado en 1997 para responder a una dificultad que comenzaba a plantearse en aquel momento, que era el hecho de que este tipo de pacientes eran rechazados en todos los servicios. Por una parte, se les echaba de los servicios psiquiátricos porque, como es bien sabido, los toxicómanos son manipuladores, incitan a los demás pacientes al consumo, son mentirosos, etc. Por otra parte, se les echaba de los servicios especializados en el tratamiento de toxicómanos por estar locos. Desde entonces, recibimos a este tipo de pacientes e intentamos acompañarles basándonos en el modelo clásico de la salud mental, el

modelo bio-psycho-social, es decir, poniendo a su disposición el trabajo de un pequeño equipo de 5 personas compuesto por psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales.

En este contexto, lo primero que nos podemos preguntar sin duda es lo siguiente: ¿Cuál es el trabajo del analista en una institución de este tipo?

Por una parte, como sabemos, Freud excluyó las psicosis del campo del psicoanálisis y la definió como una entidad narcisista en la que no es posible la emergencia de la transferencia. Lacan, por el contrario, se interesó enormemente por estas patologías y por su “posible tratamiento”. A partir del trabajo de Freud, elaboró un saber que resulta claramente operativo en la clínica y, sobre todo, nos invitó a no retroceder frente a la psicosis. Éste es el punto que hace posible, a mi modo de ver, el trabajo del analista con la psicosis en institución. Respecto a la toxicomanía, lo que podemos decir de entrada es que no es un síntoma propicio al psicoanálisis. En eso hay un gran consenso. En sentido estricto, el tratamiento de la toxicomanía como tal concierne sobre todo a la prescripción médica. El toxicómano encuentra muy raramente la necesidad de dirigirse al analista porque el síntoma que le identifica se refiere únicamente a la fisiología del dolor y de la angustia. La toxicomanía, como

la gran mayoría de los llamados “nuevos síntomas de la civilización” es poco sensible al psicoanálisis, pero eso no nos impide, cada vez, invitar a la palabra y a la transferencia.

Por otra parte, podemos preguntarnos también sobre la pertinencia del psicoanálisis en la institución. Toda institución está orientada y construida sobre una serie de significantes amos procedentes en su mayoría del discurso de la ciencia, del discurso de la psiquiatría, que le otorgan un lugar en el tejido asistencial y una función social determinada. Esos significantes determinan también la práctica y la oferta de la institución, oferta que constituirá la demanda en su movimiento de vuelta. ¿Cómo se sitúa el analista en el interior de este discurso institucional, que es por definición discurso del amo? Es una cuestión que merecería todo un debate. A modo de anécdota, les diré que hemos organizado este año un grupo de trabajo con otras instituciones para abordar justamente la cuestión de la tensión entre el objetivo social y el objetivo clínico de la institución.

Pero volviendo a nuestro tema, yo diría, para comenzar, que lo que el analista puede introducir en la institución es una cierta posición ética y, por lo tanto clínica, que debe ir acompañada de un debate permanente con

el discurso de la ciencia y sobre todo de un trabajo de deconstrucción del discurso que determina la práctica institucional. La deconstrucción del discurso que determina la práctica me parece una cuestión fundamental a la hora de abordar el trabajo en institución a la luz del psicoanálisis.

Empecemos pues, en lo que nos concierne, por la cuestión del doble diagnóstico.

Este término apareció durante los años ochenta en la literatura científica anglosajona para designar la presencia de una correlación importante entre la existencia de fenómenos psicóticos y el consumo de sustancias ilegales. A pesar de que los datos de prevalencia varían enormemente de un estudio al otro, se puede concluir que existe hasta un 50% de consumidores de drogas entre la población de pacientes psicóticos e, inversamente, que en la población de toxicómanos se puede encontrar hasta un 7% de esquizofrénicos, es decir, entre 4 y 8 veces más que en la población general. En base a esta correlación, se ha establecido en la psiquiatría una nueva entidad clínica denominada "dual-disorders".

Sin embargo, como bien sabemos, una correlación entre dos patologías no dice nada sobre su articulación causal y aún menos sobre su tratamiento.

¿Cómo explicar dicha correlación?

En la literatura científica podemos encontrar varias hipótesis para intentar explicarla. Varias hipótesis que se pueden reagrupar en dos grandes categorías: las que consideran una de las dos patologías como la consecuencia de la otra y las que las sitúan en una relación de simultaneidad.

Dentro de la primera categoría, una de las hipótesis sostiene la existencia de una enfermedad mental primaria en la que la toxicomanía funcionaría como una forma de afrontar los fenómenos de la psicosis. Es decir, una especie de automedicación. Para los defensores de esta teoría, el tratamiento consiste en sustituir la droga por los neurolépticos. Las sustancias ilegales por las sustancias legales. Sin embargo, la experiencia nos muestra frecuentemente que incluso después de una larga cura de desintoxicación, la mayoría de los pacientes tratados de esta manera continúan utilizando su propia medicación. Lo que oímos corrientemente es que los neurolépticos paralizan el cuerpo y el pensamiento, que los efectos secundarios son muy importantes, que inhiben el deseo y la capacidad sexual, mientras que por el contrario, las drogas permiten vivir y pensar normalmente.

La segunda hipótesis se refiere a la existencia de una toxicomanía primaria que habría provocado una psicosis como efecto secundario. Es la idea de que la droga vuelve loco. Es una hipótesis débil, porque los síndromes citados (depresión tras el consumo de cocaína, estados alucinatorios inducidos por la ingestión de anfetaminas o de LSD, etc.) desaparecen generalmente tras la desintoxicación. Según los autores del DSM, si los síntomas relacionados con el consumo de una sustancia persisten más de un mes tras la desintoxicación, tendremos que buscar otra etiología. Respecto a la psicosis resulta claro, incluso para la psiquiatría, que los estados psicóticos inducidos por las drogas no tienen el mismo estatuto que una psicosis durable. Sería interesante establecer los cuadros clínicos que los diferencian.

Pero lo más importante de esta hipótesis es que efectivamente encontramos en la clínica casos de desencadenamiento producidos tras un consumo de drogas. Según mi experiencia, en la mayoría de esos casos se pueden encontrar elementos que nos permiten hablar de la existencia de una estructura psicótica previa sin desencadenar, o como ciertos autores la llaman, de una psicosis blanca, sin síntomas, que ya estaba presente antes del desencadenamiento. Sobre la capacidad de ciertas sustancias de desencadenar los

fenómenos de la psicosis, habría mucho que hablar, pero dejo la cuestión aquí.

Finalmente, dentro de la segunda categoría encontramos las hipótesis que sostienen la existencia de un doble diagnóstico primario. En este caso, se trataría de dos patologías independientes que interactuarían y se exacerbarían o bien de una etiología común en la que se suponen ciertos factores que predispondrían al mismo tiempo a la enfermedad mental y a la toxicomanía.

Ninguna de estas hipótesis ha podido probarse. Sólo son suposiciones, pero por lo menos tienen el mérito de mostrarnos la confusión conceptual que reina alrededor de este concepto de doble diagnóstico. Sea como sea, los psiquiatras no se interesan demasiado en todas estas hipótesis. En general, consideran que la psicosis y la toxicomanía se sitúan en el mismo plano y proponen lo que llaman un tratamiento integrado que consiste en tratar la psicosis por una parte y la toxicomanía por la otra. En dos palabras, prescribir neurolepticos y aplicar programas de abstinencia o de substitución.

Pero esta idea pseudo-científica no refleja para nada los hechos clínicos.

En primer lugar, a nivel estadístico, la ocurrencia de una correlación entre dos patologías no justifica la constitución de una

nueva categoría diagnóstica. En segundo lugar, no se puede situar la psicosis y la toxicomanía en el mismo nivel; es un error epistemológico, pues se trata de dos conceptos que pertenecen a discursos diferentes y responden igualmente a lógicas diferentes. Situarlos en el mismo plano sólo puede conducir a los impases que acabamos de ver en la literatura y con los que se topan habitualmente los psiquiatras.

El concepto de toxicomanía procede directamente del mundo de la opinión pública y del periodismo. Los primeros que reagruparon los diversos “venenos del espíritu” para hablar por primera vez de toxicomanía fueron los periódicos de finales del siglo XIX. Sólo después, y progresivamente, este término pasó a formar parte del discurso médico. Hasta entonces, los médicos se habían ocupado exclusivamente de describir los síndromes de intoxicación y de establecer minuciosamente los cuadros clínicos del alcoholismo, del morfinismo, del cocainismo, etc. El concepto de toxicomanía no sólo reagrupa estados de intoxicación hasta entonces dispares, sino que introduce además la idea de manía, de patología, de locura o de pasión morbosa ligada al consumo de dichos productos para construir una nueva enfermedad.

Lo que hoy podemos llamar la invención del toxicómano se sitúa en el contexto histórico de la instauración de las ideas de asistencia

social y de salud pública y aparece en la misma serie de lo que se llamaban en la época “enfermedades de la civilización”: el cólera, la sífilis, la tuberculosis y el abuso de alcohol. En respuesta a estas nuevas plagas, aparecen las ideas higienistas que combinan por primera vez la acción del estado y de la policía con la medicina para llevar a cabo el combate contra estas epidemias.

La toxicomanía aparece, pues, como un síntoma social y no como un síntoma de la subjetividad. Sin embargo, la experiencia nos enseña que, para el sujeto, la droga es más bien una solución para hacer frente a un insoportable, que un síntoma propiamente dicho. Muy pocos de los llamados toxicómanos pueden abandonar esta solución a la angustia. Lo que les causa problema son, o bien los efectos secundarios (la dependencia, el síndrome de abstinencia, la exclusión familiar o social, el encarcelamiento, etc.) o bien el fracaso de esta solución de la droga: ahí donde antes tenía éxito, ahora fracasa. Es a partir de ahí que nos dirigen su demanda.

El concepto de toxicomanía es quizás uno de los primeros ejemplos de lo que ha sido la psiquiatría del siglo XX, en la que hemos visto la traducción de problemas sociales en problemas médicos y la sumisión de la ciencia al discurso capitalista. La psiquiatría, en efecto, a lo largo del siglo pasado ha pasado

de ser una ciencia basada en la observación de los fenómenos patológicos de las facultades mentales a una técnica destinada a adaptar a los individuos al orden social y a las necesidades de producción y de consumo.

Por su parte, el toxicómano aparece como el paradigma del consumidor ideal sometido al imperativo de consumir objetos *plus de goce*, objetos de cartón-piedra, como decía Lacan, para suturar la cuestión del deseo del Otro. Sólo que, a diferencia de los objetos de consumo habituales, la droga comporta una dimensión real que afecta directamente al cuerpo.

¿Cuál es la respuesta social a este fenómeno del consumo de drogas que constituye un síntoma social y una solución para el sujeto?

Más o menos al mismo tiempo que se inventa el concepto de toxicómano, se instaura la ley de la prohibición del consumo, que es la piedra angular de la lógica de la toxicomanía. Una lógica que podríamos enunciar en estos términos: si la droga es la causa de la dependencia, su desaparición supondrá el fin del problema.

La ley del “no a la droga” se presenta para el sujeto en dos vertientes: del lado “amable” del ideal de abstinencia, propio del discurso médico que identifica el consumo a la

enfermedad, y del lado jurídico, del lado de la prohibición, que hace del toxicómano un delincuente. Resulta curioso ver el *impasse* que se ha producido por el hecho de atribuir al mismo tiempo a un individuo el estatuto de enfermo, de irresponsable por lo tanto, y el de delincuente, responsable de sus actos. Es toda la cuestión de la relación entre el consumo y la responsabilidad que preocupa tanto a los jueces y también la de la imposición creciente de tratamientos psicológicos obligatorios para los autores de cierto tipo de delitos que tanto inquieta a los clínicos. Aquí podemos ver una vez más el derrape, el deslizamiento de lo que es un asunto penal, social, al terreno de la clínica.

Pero volvamos al tema de la prohibición. A nivel social, la prohibición no ha producido la disminución del consumo esperada, sino que, por el contrario, ha dado lugar a lo que se han llamado los “efectos perversos de la prohibición”: un aumento espectacular de la producción, de la diversificación y del tráfico de drogas, de la criminalidad, de la corrupción política y policíaca y un aumento considerable de los riesgos sanitarios. De la misma manera, a nivel clínico, hemos podido constatar que la prohibición como medida terapéutica conduce frecuentemente al consumo desenfrenado y, en definitiva, a lo peor. Como todos sabemos, en relación a los opiáceos,

esta idea de prohibición como tratamiento y de abstinencia como objetivo terapéutico fue remplazada hacia los años 1980 por la prescripción de productos de sustitución como la metadona y el concepto de gestión del consumo. Pasando así de la idea de eliminar el síntoma a la de controlarlo. En todo caso, tanto la supresión como el control del síntoma forman parte de la política del discurso del Amo.

Yo diría, para terminar este punto, que no hay clínica de la toxicomanía, lo que hay es una práctica equivalente a la prohibición y al control del consumo, pues, en definitiva, la toxicomanía es una cuestión de orden público, y todas las cuestiones y las respuestas propuestas a partir de dicho discurso sólo pueden conducirnos al ejercicio del control. Es en este sentido, sin duda, en el que Lacan afirma en 1966 que la toxicomanía es un término "puramente policíaco". Podemos oír en esta frase que los presupuestos del discurso sobre la toxicomanía nos introducen en una lógica policíaca.

La psicosis, por el contrario, no es una categoría artificial determinada por las condiciones sociales. No es un comportamiento como la toxicomanía, sino una entidad clínica de pleno derecho. Tenemos que confesar que no sabemos gran cosa sobre la psicosis. Basta con darse cuenta de la confusión de discursos y de

conceptos en la que se encuentra la psiquiatría actual o, simplemente, de las dificultades a las que nos vemos confrontados cada día en la clínica de la psicosis.

Sea como sea, nosotros abordamos la psicosis y su tratamiento a partir de los postulados de la psiquiatría clásica europea y sobre todo del psicoanálisis. La teoría psicoanalítica nos permite, en efecto, orientar la práctica institucional.

Abordar la psicosis a partir de estas referencias nos obliga a introducir la dimensión de la subjetividad, que es precisamente la dimensión que ha sido excluida de la psiquiatría americana y de su pensamiento. A partir de Lacan, consideramos la psicosis como una estructura subjetiva, como un modo de ser en el mundo que implica una relación particular con la realidad y los demás. En relación a la práctica, tomar en cuenta la subjetividad significa fundar la clínica sobre el sufrimiento que el sujeto designa como tal a través de su palabra y no sobre criterios que le son ajenos. El objeto de la clínica es lo que el sujeto enuncia como su insoportable: ése es nuestro punto de partida.

En la psicosis, lo insoportable se sitúa del lado de los fenómenos intrusivos que invaden la percepción, la acción y el cuerpo del

sujeto. El retorno de lo real deslocalizado, fuera de lo simbólico, irrumpe bajo la forma de fenómenos corporales extraños, alucinaciones visuales, y voces que tienen para el sujeto un valor de realidad, de certeza, y un carácter insensato, sin-sentido. Por eso es por lo que podemos decir que la psicosis no es una enfermedad, puesto que no se ha podido demostrar ninguna alteración orgánica susceptible de explicarla hasta ahora, sino que, en la psicosis, lo que está enfermo es el sentido. El que está enfermo es el Otro del sujeto y si un sujeto psicótico dirige su demanda a un analista, será justamente para buscar el sentido de ese goce desbocado del Otro.

En el caso de psicosis expuesto por Freud, el caso Schreber, podemos ver cómo un sujeto psicótico encerrado en un asilo durante 10 años consigue por sí mismo, con el único recurso de la escritura, reconstruir el mundo, reconstruir todas sus convicciones y creencias, también su propia identidad, para explicar, para dar sentido a los fenómenos que desencadenaron su locura. Es lo que Freud llamó el trabajo de la psicosis, el trabajo de elaboración delirante que va venir a dar sentido a los fenómenos elementales produciendo una estabilización de la sintomatología. Mas tarde, Lacan introducirá la idea de suplencia y de metáfora delirante para designar lo que puede ser una solución

plausible para el sujeto psicótico y lo que constituye la oferta del analista: acompañar al sujeto en su construcción delirante, acompañarle en la construcción de su particularidad en posición, como decía Lacan, de secretario del alienado. Y secretario del alienado quiere decir tomar nota del saber delirante que el psicótico va a ir depositando poco a poco en su elaboración. Éste es el eje de trabajo que orienta nuestra práctica y el que intentamos sostener a través de la puesta en funcionamiento de una serie de semblantes que son precisamente el de psiquiatra, el de psicólogo y el de asistente social.

Trabajamos, pues, a partir de la clínica de la psicosis y, más concretamente, con la idea de desarrollar día a día un servicio ambulatorio especializado en el tratamiento de pacientes psicóticos. En cuanto al consumo de drogas, nuestro objetivo, si la necesidad se presenta, es el de localizar su función en la economía subjetiva de cada sujeto.

A continuación me voy a referir a un caso, que ya he tenido la ocasión de presentar en otros lugares y que ilustra muy bien el tipo de trabajo que intentamos sostener.

Se trata de un hombre de una treintena de años al que llamaré Sr. X que viene a vernos para protegerse de un consumo irrefrenable de drogas y abandonar un tratamiento de

sustitución de metadona que toma en dosis enormes (240 mg./día) y que, según dice, le va conduciendo a la muerte.

En la primera entrevista habla de su elección, porque para él es una elección, de ser toxicómano. En un momento dado de su vida, tuvo que elegir entre tres posibilidades: "o matar a mi padre, -dice- o volverme esquizofrénico o convertirme en toxicómano. Elegí ser toxicómano", mejor que loco o parricida. El Sr. X explica esta elección a partir de una escena que vivió a los 9 años en Nochebuena. Acababa de recibir muchos regalos de su padre. Era un momento idílico, dice. De repente, su padre entró en la habitación un momento y salió furioso después, rompió todos los regalos y comenzó a pegar a la madre. El Sr. X no entendió lo que pasaba. Se metió en una esquina delante de la TV y comenzó a buscar un programa que le absorbiera para no ver la escena del padre pegando a la madre. Una escena que se repetirá regularmente y que conducirá al Sr. X a realizar su elección. Así es como describe la genealogía paterna; "mi abuelo era farmacéutico, mi padre médico, y yo soy toxicómano".

La primera vez que prueba la droga es hacia los 12 años, cuando fuma un porro con un amigo. Poco después, su padre le ve y se da cuenta, pero no reacciona, lo único que el dice es "eres un incurable". Cuando, algunos

años más tarde, su hijo le pregunta por qué no reaccionó en aquel momento, por qué no le regañó, él le responde que no tenía por qué intervenir ¿Por qué? Porque no tenía por qué intervenir. En otro momento dirá que fue su padre quien le dio los primeros psicótrópos, calmantes a base de opiáceos, cuando era pequeño, para que se calmara. También fue su padre quien le recetó el tratamiento de metadona que recibe actualmente.

De su madre, muerta en un extraño accidente en estado de embriaguez cuando él tenía 27 años, dice muy poco. Dice que los opiáceos le recuerdan el calor, la seguridad y el cariño de su madre, que era una "mujer maravillosa". Se llamaba Lucy, como "Lucy in the Sky with Diamonds", esa canción de los Beatles cuyas iniciales forman el anagrama LSD. "Es una premonición", dice. Él no sabe si es responsable o no de este fallecimiento y eso le angustia enormemente. Piensa que es un suicidio y que su padre es responsable porque le hacía la vida imposible a su madre. Pero también piensa que él mismo es el culpable: "aquella noche -dice- mi madre vino varias veces a pedirme ayuda. No me di cuenta, había tomado cocaína y pensaba que quería que fuera a comprar más botellas de alcohol, me dije que podía esperar al día siguiente". Poco después, la madre se cayó por las escaleras. "Si no hubiera estado colocado, habría avisado a mi padre, que la habría salvado".

Para el Sr. X, ser “toxicómano” e “incurable” funciona como una identificación primordial, un nombre propio, que le permite representarse en el lazo social y protegerse del goce del Otro. Al no tener a su disposición el Nombre del Padre, el psicótico recurre a la construcción de un nombre propio que funciona como suplencia y que le permite refugiarse y hacerse representar en lo simbólico y en lo imaginario. Ésta es, pues, la primera función de la droga y de la toxicomanía para este sujeto. En el plano simbólico la toxicomanía le ofrece, en efecto, una identidad sobre la que puede apoyarse.

Pero además de esta función de identificación en lo simbólico y en lo imaginario, la droga tiene también una función real para este sujeto. El Sr. X dice que su “corazón sangra” y que tiene que “estar colocado” para detener esa hemorragia dolorosa. Por otra parte, como dirá mas tarde, está invadido por una serie de alucinaciones auditivas en las que oye canciones e insultos y de alucinaciones visuales y olfativas. Con ciertos productos, sobre todo con el hachís y los morfinicos, las imágenes se alejan de él o él se aleja de las imágenes.

Esto nos permite concluir que la droga, o más bien ciertas drogas, como veremos después, funcionan para él como una barrera o un velo frente a los fenómenos de la psicosis:

alucinaciones, angustias, “hemorragia del corazón”, etc. Así pues, a la función de identificación se añade una segunda función de la droga que es el tratamiento del goce del Otro. Se trata, si ustedes quieren, de un tratamiento de lo real por lo real.

En el curso de las primeras entrevistas, intenta encontrar la buena sustancia y la buena dosis para parar aliviar su sufrimiento sin tener que sufrir los efectos secundarios, ya que el velo que constituye la droga para él no siempre funciona correctamente. Quisiera encontrar una “molécula ideal” que no produzca ni la dependencia, ni la tolerancia, ni la habituación que invaden también, como las alucinaciones, su cuerpo. Por eso es por lo que, en un primer momento, pide reemplazar, siempre bajo control médico, la metadona por una prescripción de calmantes morfínicos que tomará en combinación con una cierta dosis de cannabis.

En la clínica de la psicosis no intervenimos a partir de una posición de saber, porque el Otro del saber equivale para el sujeto psicótico a un Otro persecutor que goza de él. Nos situamos simplemente del lado del sujeto frente a ese Otro del goce que le invade. Dicha posición implica abandonar toda pretensión pedagógica o incluso terapéutica. En cierta medida, nos limitamos a acompañar al sujeto en su construcción.

Así es como me aventuro con él en la búsqueda de la molécula ideal. Participo en la contabilidad de los calmantes que va a pedirle al médico, de la cantidad de hachís que le hará falta por semana, de lo que cuesta, etc. Como no tiene suficiente dinero para comprar el cannabis que necesita, pide que el médico se lo prescriba. Como es un producto ilegal, propone entonces recibir dicho tratamiento en el marco de una experiencia médica universitaria.

Quisiera “ser el primero al que prescriben un tratamiento a base de cannabis” y para ello está dispuesto a convertirse en “el objeto de un experimento científico”. La negativa del médico le conducirá a reivindicar la legalización del cannabis, siempre bajo prescripción médica, y a dirigirse a una asociación anti-prohibicionista para proponerse como “experto en drogas” y para ofrecer sus servicios como “especialista”.

Pero esta elaboración significativa que va realizando sólo es posible si el sujeto consigue mantenerse a una cierta distancia del goce del Otro. Hace falta una cierta separación de dicho goce para que el sujeto pueda construirse en el discurso. Y aquí es donde se introduce la segunda función del *partenaire* del psicótico que es la de imponerle la ley a ese Otro que goza de él. Decir “no” al goce, a la locura de ese Otro

que le invade. Hacerse el aval, el garante de un "no" al goce del Otro nos va a permitir, en un cierto sentido, funcionar como una suplencia. Por eso me opongo a todo lo que le precipite en los brazos del capricho del Otro. Así por ejemplo, si bien apoyo la idea de que sea el primero al que prescriban un tratamiento a base de cannabis, porque ello introduce un nuevo rasgo de identificación, me opongo a que se convierta en el objeto de cualquier experimento: "Nada ni nadie puede obligarle a convertirse en un conejillo de indias" le digo. Tras esta intervención, parece más tranquilo y me habla entonces, por primera vez después de varios meses de trabajo, de sus alucinaciones y del desencadenamiento de dichos fenómenos.

Durante su adolescencia pasaba horas y horas escuchando música con los cascos puestos y a todo volumen y tomaba LSD para evadirse de la violencia de su padre. A los 16 años tuvo su primera mala experiencia con la droga: "Cuando tomas LSD -dice-, hay que acogerlo y dejarlo subir, si no el *trip* se queda bloqueado. Aquel día tuve miedo y no dejé venir el *trip*. Desde entonces tengo un agujero. Siento una bola de angustia en el estómago. Es el *trip* que se ha quedado bloqueado." Desde entonces está invadido por las alucinaciones y tiene miedo, incluso si actualmente no sabe de qué. El LSD aparece aquí como la causa y la explicación de los fenómenos de la psicosis. No esta loco,

contra lo que se defiende: de hecho, en una de las entrevistas me dirá que sobre todo no hay que llamarle loco o marica; sino que es víctima de un mal viaje, de un *bad trip*, de un mala experiencia con la droga.

Pero volvamos a la cuestión de la función de la droga y de la prohibición. No todas las drogas funcionan para él como una defensa contra los fenómenos de la psicosis. Para él hay dos grandes categorías de drogas: las buenas, las que ejercen dicha función como ciertos opiáceos y el cannabis, y las malas, la cocaína, el *speed*, las benzodiacepinas, el alcohol, la metadona y el LSD, que le conducen a la muerte y al pasaje al acto. Sin embargo, cuando no tiene otra cosa se ve obligado a tomarlos, puesto que lo que le empuja es, ante todo, el imperativo de "estar colocado". Por ejemplo, un día en el que se encuentra sin dinero suficiente para comprar hachís, bebe y toma medicamentos. Poco después es atropellado por un tren, o, como él mismo, dice "absorbido" por un tren, salvándose por poco con graves fracturas y contusiones. "Es la prueba de que no tengo que dejar de fumar cannabis", dirá después.

Pero no todo es tan fácil; también las buenas drogas pueden convertirse en peligrosas e invadir su cuerpo produciendo la dependencia, la tolerancia y la habituación. Por eso es por lo que incia la búsqueda de la molécula ideal

que vendría, precisamente, a limitar el goce del Otro sin efectos secundarios.

¿Qué conclusiones podemos extraer de este caso?

La primera, la mas evidente, es que el montaje de la droga puede funcionar en la psicosis, tanto a nivel simbólico e imaginario como a nivel real, como una defensa contra la intrusión de los fenómenos elementales. En cierta manera, funciona como una suplencia del desfallecimiento o de la ausencia en lo simbólico de la función paterna. Como dice Lacan en 1946, “una cierta dosis de Edipo puede ser considerada como teniendo la misma eficacia humoral que la absorción de un medicamento desensibilizador”. En tanto que barrera contra el goce, la droga se sitúa, pues, en el mismo lugar que el delirio y que el *partenaire* del psicótico, el clínico.

Sin embargo, no podemos generalizar. Ciertas drogas producen ciertos efectos en ciertos individuos y no en otros. Al mismo tiempo, como hemos visto, una misma sustancia puede producir efectos positivos y también negativos en un mismo individuo. De ahí la importancia de la clínica de la particularidad y de localizar la función de la droga para cada sujeto.

Finalmente, para retomar nuestro debate sobre la clínica de la psicosis y la lógica de la toxicomanía diré, y esto es fundamental, que si, según la lógica de la toxicomanía, la droga se sitúa en el lugar de la causa y la prohibición apunta al consumo, en la clínica de la psicosis la causa se sitúa del lado del goce del Otro, la droga puede aparecer como una solución válida del sujeto y la prohibición apunta al goce del Otro. Todo ello nos obliga a admitir el consumo de ciertas drogas, la reivindicación de su legalización y la presencia de un discurso positivo sobre su consumo.

La lógica de la toxicomanía constituye, en efecto, un obstáculo a la clínica de la psicosis y, de un modo general, la introducción de términos del discurso social en el psicoanálisis, sin una deconstrucción previa del discurso que los sostiene, constituye un obstáculo para la progresión del psicoanálisis.

Bélgica

Presentado en las Jornadas de Clínica de la Violencia. Organizadas por Foro Psicoanalítico Barcelona (FPB); Octubre 2003

[SUMARIO](#)