

## ¿Hay una competencia entre los medicamentos y el psicoanálisis?

Como lo atestiguan la mayoría de los analizantes, la cura psicoanalítica tiene un efecto de elevación, de estar en las nubes. Quienes no memorizan sus sueños se ponen a soñar otra vez. Cuando llegan las vacaciones, el recuerdo de los sueños se interrumpe y se retoma al recomenzar el trabajo de análisis. La transferencia tiene un potente efecto onírico, hace soñar, y ese efecto alucinatorio es al mismo tiempo el motor de las llamadas “asociaciones libres”, es decir durante la sesión misma. Las asociaciones que cuentan en el sentido terapéutico del término no son las asociaciones de pensamientos, sino las asociaciones de imágenes que se imponen según un proceso pulsional alucinatorio: llevan las fijaciones sintomáticas corporales al nivel del pensamiento, y en consecuencia, curan. En ese sentido, la transferencia es en primer lugar una droga, o más bien una adicción, es decir una producción alucinatoria *interna*, y no externa (por la compra de un tóxico). El impacto de lo desconocido de la transferencia hace alucinar, asociar hasta lo más lejano de la infancia. Sin embargo, la transferencia deja de ser una adicción una vez que las alucinaciones son retomadas por la palabra que las interroga. Es decir, desde que la pulsionalidad asociativa del proceso primario es apresada en la fantasmática de la palabra, que la acopla a los traumatismos históricos pues la libera de sus fijaciones objetivantes. De ese modo la palabra liga la pulsión - y sus fijaciones sintomáticas- con el deseo. En efecto la liberación de los traumatismos de la historia libera de una regresión pulsional del deseo y esta liberación es lo contrario de una droga. Para que se entienda, esto sucede en dos tiempos. Uno le pregunta al analizante: ¿Qué ve? Se trata del primer tiempo del *shoot* alucinatorio (el más específicamente analítico) y en un segundo tiempo uno le pregunta: “¿Y en qué le hace pensar?”. Entonces el analizante encuentra las circunstancias históricas de la imagen que le ha venido a la mente, forzosamente traumáticas puesto que es el traumatismo el que ha impreso la fijación de la imagen. Se concluirá que la transferencia es por tanto una droga dura, de la que se trata en principio de “desintoxicarse” y les hago notar que hay que añadir esta característica a la famosa “reacción terapéutica negativa”, No es sólo porque los pacientes “aman sus síntomas” que las curas son largas, sino también porque sus analistas no los ayudan a desintoxicarse de la transferencia. No les hacen la segunda pregunta “¿En qué le hace pensar?, que es liberadora del *shoot* alucinatorio. Quiero decir con esto que en un primer tiempo la transferencia es una droga, y en un segunda tiempo una droga que programa su propia desintoxicación. Y es así, ya que hay liberación del deseo, al menos en tanto que no está inhibido. Y como suele suceder, hay que volver a sesión para esnifar todavía una línea, alucinar y metamorfosear en acción la magia de los sueños.

Lo que acabo de decir no es una metáfora, puesto que se trata del sistema alucinatorio, que como Uds saben, rige las primeras representaciones del deseo. Por lo tanto, desde ese punto de vista, nosotros somos *dealers* (traficantes) en un mercado muy cargado, donde hay mucha competencia entre numerosos vendedores de sueños, donde se desarrolla una lucha encarnizada entre las drogas legales y las drogas ilegales, entre los medicamentos psicotrópicos y los estupefacientes. En el fondo, nosotros estamos en los dos campos, quiero decir en el límite de la legalidad, pues la transferencia es susceptible de convertirse en una droga dura, esclavizante. Estamos en esta situación, y bastante mal posicionados, por cierto. Por todas estas razones, deberíamos prohibir ferozmente la competencia. Deberíamos impedir que nuestros pacientes no sólo se drogaran con vino, con café, con cigarrillos, con cocaína, con opio, etc., sino también que tomaran psicotrópicos, medicamentos que alivian su angustia, puesto que esta angustia es justamente el motor de lo alucinatorio en la transferencia.

Pero, muy intuitivamente y espontáneamente, no lo hacemos, tal vez porque tampoco nosotros podemos pasar de las drogas que forman parte de la vida ordinaria de todas las culturas, las que permiten después de todo soportar la dureza del deseo, su falta de

objeto. Por otra parte, salvo si un paciente llega completamente borracho o drogado a sesión, jamás pensamos preguntarle si fuma, cuánto whisky bebe, o cuánto vino, etc. Casi nunca sucede que un analista prohíba totalmente los medicamentos. Digo “casi” porque en ciertos casos es evidente que hay un error de prescripción. Por ejemplo, cuando a una histérica un poco despersonalizada un médico un poco ansioso le prescribe antialucinatorios. Eso hay que detenerlo: la hace engordar y le anula la libido. No vale realmente la pena. Por tanto, espontáneamente y casi todos, tenemos un actitud de expectación prudente, contentándonos por ejemplo con aconsejar bajar el consumo, sobre todo cuando estamos seguros de nuestro diagnóstico y porque, con toda evidencia, esos medicamentos impiden vivir, memorizar los sueños y además eliminan el deseo sexual, etc. Y somos tanto más prudentes cuando para algunos pacientes, la medicación impide la hospitalización, lo cual les permite hacer un análisis. Muchos psicóticos no podrían hacer un análisis si no tomaran medicación psicotrópica.

Todo lo que acabo de decir constituye prácticamente consideraciones de tacto, de buen sentido y de prudencia bastante intuitiva, sobre las que espontáneamente están de acuerdo hoy en día casi todos los psicoanalistas. Han habido excepciones, por ejemplo un alumno de Lacan, cuyo nombre no diré, que era médico jefe de un servicio de psiquiatría, y que había prohibido en su servicio toda medicación, a fin de experimentar los efectos de autocuración por el delirio. El resultado fue desastroso, con casos de automutilación y autodevoración, además de que fue necesario proceder a utilizar métodos de contención y de encierro invivibles y de otra época. Por otra parte Freud jamás dijo que el delirio era curativo, sino que se trataba de un “intento de curación”.

Quisiera ahora plantear una pregunta y deducir las consecuencias. ¿Se puede considerar que una medicación psicotrópica y las drogas son lo mismo? Desde el punto de vista molecular estricto, la respuesta es “sí”. Por ejemplo, la ritalina, administrada a 6 millones de niños en los EEUU, es un derivado anfetamínico, es decir, incontestablemente una droga. Cuando un medicamento es una droga catalogada desde el punto de vista farmacológico, los efectos son con frecuencia vecinos. Por ejemplo, la mayoría de los somníferos tienen con frecuencia efectos semejantes a los de los derivados opiáceos. Un somnífero tan banal como el Stilnox, por ejemplo, puede tener un efecto disociativo al día siguiente muy angustiante. Conozco el caso muy reciente de una de mis pacientes. Estos medicamentos además pueden ser utilizados por los toxicómanos.

Existe sin embargo una excepción cierta a esta generalidad, y son los antidopaminérgicos, es decir, los antialucinatorios cuyo antecesor es el haloperidol, luego el terciario, etc., moléculas que son reunidas hoy bajo la siniestra denominación de “antipsicóticos”. Los toxicómanos no los toman jamás, y ninguna farmacia ha sido desvalijada para obtenerlos. La razón es simple. Es que estas moléculas tienen efecto sobre la salida de un proceso de fabricación de dopamina, es decir – en resumen – el neurotransmisor del goce. Cuando el goce es excesivo, cuando no existe la antipsicosis del nombre del padre, se desencadenan las alucinaciones. Se trata de medicamentos que prueban *a contrario* las concepciones lacanianas de la psicosis. En lo que les concierne, el principio de acción es claro: se cierra el grifo de la dopamina. Después de eso, la pulsión se las arregla como puede: por ejemplo haciendo engordar. Por lo tanto, respecto de este medicamento, estamos seguros de que no es una droga.

Sin embargo, antes del último grifo, la dopamina se produce según circuitos bien diferentes, ellos mismos opuestos y fabricados en circuitos contradictorios: existen moléculas, o neurotransmisores que tienen una acción sobre segmentos que son efectivamente contradictorios. Para que se entienda, hay medicamentos calmantes y medicamentos excitantes; y ya ven que se puede decir lo mismo de las drogas: hay drogas calmantes, del tipo opio o mescalina o haschisch, que hacen soñar, y drogas excitantes, como la cocaína, la cafeína, las anfetaminas. Algunas drogas pertenecen a las dos categorías al producir un efecto temporalmente espaciado: la nicotina primero es

calmante, y luego es excitante. Ya ven pues cómo se puede hacer la distinción entre un medicamento y una droga, sólo según su utilización. Se puede considerar como un medicamento una molécula que se toma de manera *antagonista* al estado actual de la persona. Por ejemplo, una persona excitada toma un calmante o vino, entonces es un medicamento. Pero si la misma persona excitada toma cocaína o un medicamento anfetamínico, entonces es una droga. O bien si la persona estuviera deprimida, sería un medicamento. ¡Sin embargo se trata de la misma molécula!

Este es un criterio útil porque a partir de allí, se podría tener una posición práctica eficaz, diciendo que no tenemos nada contra los medicamentos, pero no somos favorables a las drogas – aun cuando algunas de estas drogas sean productos distribuidos en la farmacia o en la tienda, porque ese criterio se aplica fácilmente al alcohol y al café. Alguien que toma vino para calmar su angustia y suprimir sus inhibiciones ingiere ese psicotropeo, el alcohol, en posición antagonista, para superar un momento depresivo. Mientras que otra persona que bebe el mismo alcohol para desencadenar su sistema de goce alucinatorio es un toxicómano. Este criterio significa que estamos contra un uso toxicomaniaco, agonístico, de cualquier sustancia – pero debe entenderse que “estar contra” no significa prohibir.

La pregunta y la respuesta que acabo de evocar parecen fundadas sobre observaciones puramente farmacológicas, pero querría decir que no se trata de eso, pues estas reflexiones se apoyan sobre el funcionamiento psíquico corriente. Si quieren, es lo que puede deducirse de las observaciones de Freud respecto del estado maniaco que produce sustancias endógenas totalmente análogas al estado de ebriedad etílica. Lo diré de otra manera : nuestro psiquismo está organizado en una especie de ciclo maniaco-depresivo que funciona por sí solo, quiero decir casi independientemente de los acontecimientos a los que aporta su color. El mismo acontecimiento no será vivido de la misma forma, con el mismo humor, en función del momento del ciclo. Se trata de una constatación de hechos sobre los cuales podemos dar algunas explicaciones, pues se trata del ciclo de la subjetividad misma, de su existencia, de su curso siempre precario, y por principio inestable. Son las condiciones de advenimiento de la subjetividad las que permiten comprenderlo. Para que haya subjetividad, tiene que haber separación. Duelo de los determinismos del Otro. Es un duelo primero, correlativo de la represión originaria y pronunciando la palabra “duelo” no hago más que formular de otra forma lo que conocen como desamparo, *die Hilflosigkeit*, es un clásico.

Veamos cuáles son las consecuencias de este “duelo”, término que tiene la ventaja de relacionarse inmediatamente con esta historia del ciclo maniaco-depresivo, y lo hace por medio de la palabra “depresivo”, es decir “melancólico”. ¿Cuáles son pues las consecuencias de ese “Duelo”? No hay ninguna razón para pensar que son diferentes de las que Freud describe en *Duelo y melancolía*, es decir, una introyección de lo que ha sido perdido. ¿Pero qué es lo que ha sido perdido? Pues bien, justamente nada, nada más que una idealidad totalmente engimática, la idealidad de lo que se hubiera debido ser para la completud del Otro. Desde el inicio, no es nada, hay que decirlo. Es el “nada” del “todo”, y de ello sólo puede haber representaciones desplazadas: son los famosos *representantes de la pulsión* que han hecho correr tanta tinta. En el fondo, es bastante sencillo de comprender: se trata solamente de las sensaciones contemporáneas al trauma “x” del nada que se imprimen por el hecho del trauma de la separación. Y son esas sensaciones desplazadas las que sirven como material alucinatorio para una reconquista maniaca sobre el duelo. Ven pues que tenemos así las dos vertientes maniaca y melancólica de un mismo duelo que recorren trayectos dopaminérgicos diferentes. Es lo mismo, aunque se trata de versiones diferentes, de las caras bipolares de la misma montaña. Las dos vertientes producen un shock, engendran cada una sus sustancias endógenas, para enlazar con mi introducción farmacológica. Y pueden observar que la puerta de salida maniaca es puramente alucinatoria, como para el toxicómano (es decir

todos nosotros en cuanto tomamos un vasito de vino). Es verdad que esta satisfacción alucinatoria es siempre un desplazamiento, pero como recuerdan, el desplazamiento es el principio mismo que resulta de una ausencia de objeto del deseo efectivo, y eso desde el comienzo. El deseo es una causa, y no un objeto. No se puede considerar ese desplazamiento como "patológico": es el *pathos* normal de la existencia. Observen también que se trata forzosamente de un ciclo: quiero decir que el estado maníaco, alucinatorio no puede mantenerse en ese estado, y sólo en ese nivel, por el mantenimiento o no de la alucinación, se plantea la cuestión de la patología. O más exactamente lo que constituye la eventual patología es la fijación del ciclo en uno de sus momentos.

¿Y porqué el estado maníaco alucinatorio no se mantiene? ¿Porqué recae en el duelo depresivo? Es porque las representaciones funcionan como la Cosa misma, y que hay que separarse también de *ellas*, que sin embargo son en este momento la producción del sujeto mismo, ¡y de ninguna manera su madre! Como la alucinación del deseo lo realiza, hay que despertarse, separarse de él. Estamos en exilio constante de nosotros mismos. Nuestros sueños son nuestro paraíso perdido. El ciclo maníaco-depresivo se vuelve por principio independiente de su causa desencadenante, pues esta causa es la existencia del sujeto mismo. El ciclo gira en redondo, se apoya en la ausencia de causalidad del deseo (es la existencia) y ya no hay como objeto más que la producción de la sustancia misma.

En principio, es un resultado. Pero como el ciclo gira en redondo, nada impide tomar el resultado como una causa, y por tanto ingerir sustancias que la reemplacen.

Para encontrar el hilo del comienzo, la sustancia adecuada a cada instante será la que sea antagonista al estado actual del ciclo. Última observación: este ciclo es relanzado por el peligro alucinatorio, que es el otro nombre de la pulsión de muerte. Y está bien claro que esta pulsión de muerte se trata en la normalidad de la neurosis, gracias a ese freno universal que es el fantasma parricida. Una muerte se intercambia por otra, cada vez en función de las necesidades de la existencia subjetiva. Pues la pulsión de muerte no es el resultado del deseo del Otro, sino a título liberatorio, el del deseo del sujeto.

**Gerard Pommier**

(traducción: Graziella Baravalle)