

## La adicción como defensa maníaca

Jaime Tomad  
(Buenos Aires)

**Descriptores: ADICCIONES / DROGAS / REGRESION / MATERIAL CLINICO.**

***“Pero en nuestro propio quimismo deben existir, asimismo, sustancias que cumplen un fin análogo (al de Los tóxicos), pues conocemos por lo menos un estado patológico —la manía— en el que se produce semejante conducta Similar a la embriaguez, sin incorporación de droga alguna”.— SIGMUND FREUD: “EL malestar en la cultura”.***

Nos referimos aquí a los mecanismos maniacos tal como aparecen en las adicciones y en algunos casos de administración de medicamentos con fines terapéuticos. Desde hace cincuenta años, diversos estudios psicoanalíticos han destacado la estrecha relación existente entre las toxicomanías, calificadas por Simmel de “mantas artificiales”, y los estados maniacos y depresivos (1, 5, 6, 18, 20). Dentro de los principales rasgos comunes tenemos la incapacidad del Yo para tolerar ciertas tensiones, la tendencia a las oscilaciones en el estado de ánimo, los puntos de fijación correspondientes a tempranos estadios del desarrollo, las ansiedades básicas movilizadas y, especialmente, el tipo de mecanismos defensivos puestos en juego.

Es también evidente que pese a tales analogías, las adicciones y los estados maniacos y depresivos no constituyen cuadros psicopatológicos idénticos. La diferencia dinámica fundamental radica en que el Yo del adicto, si bien recurre a mecanismos maniacos como defensa frente a ansiedades paranoides y depresivas, es incapaz de desarrollar plenamente una reacción maniaca sin el auxilio de un agente externo que la desencadene o refuerce (20). Y para que tal reacción sea posible, debe proyectar previamente en la droga y en el acto de drogarse, determinados contenidos psíquicos.\*

Otras diferencias, como puede ser la acción farmacológica de la droga, no obstante su importancia en lo referente a la *sintomatología*, el pronóstico y manejo técnico de los diversos casos, pasan a un segundo plano en lo que atañe a los fines de la presente exposición, que no constituye un estudio de las adicciones sino que se limita a ciertos mecanismos dentro de la psicodinamia general de las mismas. Por otra parte, la presencia de una dinámica básica común, tanto en las graves adicciones a los narcóti-

---

\* Lo mismo ocurre en ciertas manifestaciones colectivas, en las cuales cuando la manía no se produce espontáneamente, se recurre al uso de inductores como el alcohol y otras sustancias. Las antiguas saturnales pueden servir de ejemplo.

cos como en las toxicomanías banales e inclusive en lo que se ha llamado “adicción sin drogas” (2), demuestra que la esencia de la adicción no reside en el efecto químico de la droga, sino en la personalidad del paciente y en las relaciones que éste establece con aquella (2, 10, 16). Podemos también comprobarlo en el curso de algunos tratamientos psicoanalíticos, durante los cuales se producen cambios en la aparente acción química de tóxico, a raíz de haberse modificado el significado psicológico que el mismo tenía para el analizado (22).

Las adiciones comprenden toda una gama de variantes que dependen de la personalidad total del adicto y del grado de evolución que haya alcanzado el padecimiento. Así, las relaciones objetales podrán estar en gran parte conservadas o la libido haber sufrido una intensa retracción narcisista; en un primer plano, el acto de drogarse estará incluido en un ceremonial obsesivo o tendrá el significado de una medida contrafóbica; la regresión podrá afectar a algunos núcleos aislados o a la personalidad total, etc., etc. Pero más profundamente se observan en todos los casos aquellos mecanismos básicos que caracterizan a este tipo de padecimientos y a los que ahora nos vamos a referir.

La intolerancia del adicto a la frustración y al dolor, su extrema dependencia de la droga, el carácter inaplazable de su deseo y las dificultades que generalmente implica su tratamiento, son indicio de un proceso regresivo a tempranas etapas evolutivas. Desde que Freud señaló en “Una teoría sexual” la relación del erotismo oral con el alcoholismo y el tabaquismo, todos los autores han coincidido en considerar a las adicciones como regresiones a tempranos estadios narcisistas y en su gran mayoría las refieren a la etapa oral-digestiva (2, 4, 15, 17, 18). Algunas diferencias de concepto están determinadas por las diversas posiciones dentro de la teoría psicoanalítica y en ocasiones también por el tipo de adicción considerada. Así, para muchos autores, como Rado y Lewin entre otros, el adicto regresa bajo los efectos de la droga, a la satisfacción oral del lactante. Rosenfeld aborda el estudio de las toxicomanías, basado en los puntos de vista de la escuela kleiniana. Considera que el adicto está fijado a la posición esquizoparanoide \* y que a regresión inducida por la droga lo conduce al nivel de las fantasías alucinatorias realizadoras de deseos, jugando el tóxico el papel del pulgar que el niño succiona para provocar esas alucinaciones (20). Esta última concepción implica pues, la frustración subyacente al uso de las drogas y de los mecanismos maníacos en general, oculta tras la aparente satisfacción.

Algunos autores se refieren a fijaciones más arcaicas. Del estudio de algunas de las formas más graves de toxicomanía, deduce Savitt que la aplicación endovenosa de la droga no significa solamente una regresión al estadio oral, como en otros cuadros, sino a la etapa prenatal con su necesidad de suministro a través de la sangre (2). A. Rascovsky va más allá, al considerar que los patrones de los mecanismos maníacos se originan durante la vida intrauterina y siguen las mismas leyes que rigen el psiquismo fetal (19). De acuerdo a esta teoría, la droga induce en el adicto una regresión al estadio prenatal cuando su Yo es incapaz de tolerar un incremento de tensiones paranoicas post-natales.

Debido a estas frustraciones tempranas, los conflictos reavivan en el adicto las primitivas ansiedades depresivas y paranoides, que tan claramente se manifiestan en los períodos de abstinencia, y para combatirlas su Yo recurre a mecanismos igualmente regresivos. Como ya se señaló, tales mecanismos son de tipo maníaco y se hacen posibles merced a la presencia de la droga. Consideramos que la acción fundamental de esta última consiste en permitir la negación de una parte de Iba

---

\* Momento en el que, según M. Klein, entran en acción los primeros mecanismos maníacos (13).

realidad psíquica,\*\* modificando la percepción de los estímulos desagradables (6). Los aspectos peligrosos del objeto interno perseguidor son negados e idealizados como en un cuadro maniaco típico, y proyectados después en la droga. Esta queda entonces erigida en una perfecta representación del objeto idealizado, puesto que se trata, por lo general, de una sustancia nociva y profundamente frustrante, pero a la cual, debido a su capacidad de provocar la negación de lo doloroso, es posible disfrazar de fuente omnipotente de todas las gratificaciones. Su incorporación permite la reintroyección de estos contenidos y la identificación del Yo con un objeto idealizado y perseguidor, que refuerzan las fantasías de omnipotencia, así como el control de la frustración y la ansiedad (20). Identificado con el perseguidor, el Yo puede disociar y proyectar partes de sí mismo en objetos internos o externos y atacarlas y triunfar sobre ellas, siguiendo los mecanismos maniacos habituales. La canalización de esta agresión hacia los objetos externos o hacia el proyo Yo, dependerá de la constelación psíquica imperante (20), aunque al parecer ciertas drogas tienden a favorecer más que otras la actuación agresiva.

Como quiera que sea, en esta dinámica se observa la autodestrucción implícita en las adicciones como en cualquier otra reacción maniaca, dado que el enfermo ataca sus propias partes positivas colocadas por identificación proyectiva sobre los objetos,\* como siente profundamente que sus perseguidores, incluida la misma droga, lo atacan a él. En última instancia, un mismo agente favorece la destrucción a la par que la negación de la destrucción.\*\*

Cuando la defensa maniaca no es tan exitosa, se hace más aparente el carácter de objeto destruido y destructor que profundamente se atribuye a la droga. Desde hace tiempo se han comparado los períodos de abstinencia del adicto con la fase depresiva en las ciclotimias. Rosenfeld, sin embargo, considera que el factor esencial de las relaciones entre toxicomanía y depresión, es la identificación con un objeto dañado o muerto. Efectivamente, en los casos de duelo patológico y toxicomanía, por ejemplo, se observa que, junto con los mecanismos antes descritos, aparece la necesidad de reincorporar a través de la droga el objeto perdido. Y esto no sólo como un intento de conservarlo y repararlo, sino también a consecuencia de un mandato super yoico de incorporar las partes destruidas del objeto, como castigo y expiación. En tales casos se observa que la droga representa al mismo tiempo aspectos de los objetos introyectados en el Superyo y que el acto de drogarse tiene el significado simbólico de un sometimiento a los mismos.

La inducción de la negación y de otros mecanismos que acabamos de describir en las adicciones, se observa también en los fenómenos psíquicos concomitantes al uso de diversos medicamentos, pese a tratarse de situaciones que pueden no implicar un hábito y en las cuales el recurrir a una droga no constituye muchas veces un acto patológico, sino una reacción necesaria para el bienestar e incluso la supervivencia del individuo. Estos efectos son más fácilmente observables con ciertas sustancias como los sedantes del sistema nervioso y los analgésicos, cuya acción, desde el punto de vista psicodinámico, se basa en la negación temporal del conflicto subyacente al síntoma.

---

\*\* Y por ende de la realidad exterior

\* En lo referente a la identificación proyectiva en la manía y estados afines. ver L. Gringerg (11) y L. Grinberg y D. Liberman (12).

\*\* La autodestrucción y sometimiento masoquístico en la manía han sido estudiados principalmente por AB. Garma (7, 8,9).

Una mujer joven, por ejemplo, cayó en un estado de gran ansiedad y profunda depresión durante su tratamiento psicoanalítico, al enfrentar aspectos no elaborados del duelo por la muerte de su padre, con quien había mantenido una relación ambivalente y llena de rivalidad. Fantasizó entonces con recurrir a algún medicamento que la curara de todos sus sufrimientos y que en sus asociaciones aparecía como un instrumento de unión indisoluble con una madre protectora y un medio de huir del padre-analista y del padre-marido perseguidores. Tras esta idealización apareció otro aspecto de la fantasía, cuando se vio a sí misma bajo los efectos de la fantaseada droga, como a la Bella Durmiente del Bosque. Siguiendo la trama del cuento infantil, el medicamento era equiparado con un veneno suministrado por una madre mala —la madrastra— y el analista, bajo la figura del príncipe, aparecía como un depositario de los aspectos buenos del padre, que trataba de despertar los instintos de vida de la paciente.

No obstante y favorecida por determinadas circunstancias ambientales esta analizada llegó a consultar realmente a un psiquiatra y a ser tratada durante algunos días con una de las modernas psicodrogas. El bienestar y la disminución de la ansiedad fueron casi instantáneos y en el curso ulterior del análisis pudimos ver como en esta mejoría intervenía un reforzamiento de mecanismos maníacos. El padre había sido un hombre más bien rudo y sumamente hábil para los negocios. La paciente se identificaba con ciertos rasgos de él y básicamente con su pene omnipotente. Esta idealización estaba al servicio de la negación de otros aspectos de él, débiles y castrados, y por los que ella se sentía responsable inconscientemente. Entre otras cosas, comenzó a mostrarse más dura y enérgica a raíz de la medicación. *Disociaba* las partes débiles y destruidas de la imago paterna, proyectándolas sobre el analista que no había sido capaz de aliviarla como lo había hecho el psiquiatra, y sobre el marido a quien consideraba inferior a ella como negociante. Entre otras cosas, estas identificaciones le permitían negar su falta de pene y protegerse así contra los peligros de la heterosexualidad. Las relaciones genitales con el marido, por el contrario, escapaban a la mejoría, puesto que ésta se hacía a expensas de un mayor sometimiento encubierto al Superyo edípico y a una renuncia de su condición de mujer.

Así como en las toxicomanías se observa tras la defensa maníaca la connotación autodestructiva inconsciente de la droga, en las fantasías relativas al uso de medicamentos puede aparecer igualmente un significado autodestructivo oculto tras la negación y la idealización. Estamos acostumbrados a aquellos pacientes que, amparándose en diversas racionalizaciones, tratan de someterse a terapias mutilantes o dolorosas con el fin de satisfacer necesidades masoquistas, pero estas últimas pueden adoptar formas menos evidentes.

Así, un médico se culpaba melancólicamente por la muerte de su padre. Se reprochaba, entre otras cosas, haber apoyado la castración terapéutica de éste, practicada con el fin de detener la evolución de un tumor maligno. Uno de los síntomas que se presentaron durante este proceso de duelo patológico fue una intolerancia a los alimentos que eran vomitados a poco de ser ingeridos. Esta sintomatología digestiva comenzó a desaparecer a raíz de una sesión de análisis en la que planteó sus deseos de someterse a una terapia médica. Los medicamentos que proyectaba ingerir le parecían un alimento bueno y suave que repararía su interior. Asoció después el caso de una conocida que se había suicidado con barbitúricos, las hormonas femeninas que le eran administradas al padre en el curso de su enfermedad y cierto preparado que él mismo había recetado a un paciente suyo. Dicho paciente lo había ido a ver para reprocharle que el medicamento prescrito, disminuía su potencia sexual. Con su

tendencia al autorreproche, el médico se preguntaba, sin ningún fundamento real, si inconscientemente no habría recetado algo nocivo a aquel hombre, por haber encontrado atractiva a la esposa cuando tuvo la oportunidad de conocerla. Por estas y otras asociaciones, se veía que para este analizado la ingestión de alimentos aparentemente reparadores, tenía el significado profundo de castrarse y destruirse, como él se reprochaba haber hecho con el padre, debido a sus deseos edípicos. El medicamento representaba aquí un medio de incorporar partes destruidas del objeto perdido, identificándose con él y siguiendo su destino. Simbolizaba también el pecho persecutorio de una madre vengadora a quien el crimen edípico había dejado sola, pues como el enfermo expresó en esta misma sesión: “el amor de una madre desgraciada envenena”.

Los dos pacientes citados tienen en común las perturbaciones en la elaboración del duelo, pero mecanismos análogos, relacionados con la administración de medicamentos, pueden presentarse en diversos padecimientos y con distintas sustancias. Las medicaciones sintomáticas, en general, con su característica de hacer desaparecer temporalmente los fenómenos displacenteros sin suprimir el agente agresivo, constituyen un buen ejemplo de ello y permiten muchas veces observar los mecanismos que nos ocupan en personalidades mejor integradas y con mayor predominio de los instintos de vida.

Tal era el caso de un hombre joven que había padecido de asma bronquial desde la pubertad, padecimiento que el tratamiento psicoanalítico hizo desaparecer totalmente. Durante el análisis tomó conciencia de que había comenzado a usar el pulverizador con sustancias broncodilatadoras que siempre llevaba consigo, no cuando sus síntomas respiratorios eran más intensos, sino, por el contrario, cuando habían comenzado a disminuir. Esto ocurría porque para él librarse de su sintomatología orgánica representaba separarse de su madre, que lo había sobreprotegido en el curso de varias enfermedades infantiles del árbol respiratorio. Las pulverizaciones eran un medio de reintroyectar la imago materna. En una de sus sesiones analíticas comenté que un subrogado materno le había hecho reproches por querer dejar de usar el pulverizador, considerándolo como una imprudencia. Ese mismo día se hizo unas pulverizaciones y fue después a visitar a una hermana embarazada y que por entonces había presentado algunos síntomas que hacían sospechar una remota posibilidad de aborto. La encontró cuando ella se disponía a salir para ver a su analista. El paciente, muy angustiado, le reproché que no permaneciera en reposo absoluto, inquiriendo autoritariamente si había tomado todos los medicamentos recetados por el partero. Se percaté entonces de que estaba actuando con la hermana como su madre solía actuar con él cuando lo cuidaba excesivamente y coartaba con ello su independencia y buen desenvolvimiento. El medicamento servía a este analizado para permanecer unido a la madre como un feto antes del nacimiento, e identificarse con aspectos de ella que se oponían a su evolución (análisis). Tales identificaciones le comunicaban un falso sentimiento de seguridad y, como habíamos visto en otras ocasiones, se comportaba agresivamente hacia ciertos objetos que, por identificación proyectiva, representaban partes prospectivas de él mismo. En resumen, la medicación reforzaba en este analizado, dinamismos maníacos con los que encubría vivencias de invalidez y desamparo.

No tenemos todavía la bastante experiencia ni disponemos de un criterio preciso para determinar cuantitativa o cualitativamente como el uso de una determinada droga oculta el conflicto inconsciente. En el caso de algunas drogas de uso tan generalizado como pueden ser la cortisona y sus derivados, se producen regresiones e inducciones maníacas de gran transcendencia. Otras veces, más que acción farmacológica específica, se manifiestan en un primer plano las propiedades omnipotentes que el

enfermo atribuye a la medicación.\* Pero al margen de otros factores y mecanismos psicológicos que no son abordados en el presente trabajo, es un hecho de observación que la inducción o el reforzamiento de la negación, idealización, omnipotencia, disociación y proyección a raíz de tratamientos medicamentosos en distintos padecimientos y en diversos pacientes, es algo sumamente frecuente y que merece ser investigado. Los mecanismos de defensa citados, son los mismos que consideramos fundamentales en la manía y que encontramos también en la base de las adicciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FEDERN, P. — “Ego Psychology and the Pychosis”. Basic Books. Cap. XIV, New York, 1952.
2. FENICIEL, O.—’Teuriu psieoarr:tlftict de Iris neurosis”. Xova. Ip. XVI Buenos Aires, 1957.
- 3.----- . — “Teoría psicoanalítica de las neurosis”. .Nova. Cap. XVI, Buenos Aires, 3957.
4. FREUD, S.— “Una teoría sexual”. Obras Completas, I, o~ g. 802. Aguilar, Madrid, 1948.
5. .— “La aflicción y la melancolía”. Loc. cit., pág. 1087.
6. .— “El malestar en la cultura”. Obras Completos, XIX, Cop. II. Rueda Buenos Aires, 1955.
7. GARMA, A.— “Las reacciones hipomaníacas de un maníaco depresivo. Presentado al Simposium sobre Manía y Psicopatía de la A. P. A., 1964.
8. y GARMA, E.— “Reacciones maníacos: alegría masoquista del Yo, por triunfo, mediante engaños del Superyo”. Id. Id.
9. GARMA, E.— “Dinamismos y significados latentes de las reacciones maníacas”. Id. Id.
10. GLOVER, E. “On the Etiology of Drug-Addiction”. (En: “On the Early Development of Mind”. Imago. London, 1956,)
11. GRINBERG, L.— “Relación objetal y modalidad en iris identificaciones proyectivas en la manía y Psicopatía”. Presentado al Simposium sobre Manía y Psicopatía de la A. P. A., 1964.
12. y LIBEBMAN, D— “Identificación proyectiva y comunicación en la situación transferencial”. I. Id.
13. KLEIN, M.— “Mourning and its Relation to Manic-Depressive States”. (En: “Contributions to Psycho-Analysis”. Hogarth, London, 1940.)
14. KNOBEL, M.— Psychodinamics of Psychofarmacology. “J. Nerv. and Mental Dis.”, 1961, 133, 4, p. 309.

---

\* Esta situación es equiparable , en cierto modo, a lo que se ha llamado “efecto-placebo” dentro de la efectividad terapéutica de un medicamento (14).

15. LEWIN, B.— “Psicoanálisis de la exaltación”. Novo. Buenos Aires, 1953.
16. LIBERMAN, D.— “La comunicación en terapéutica psicoanalítica”. Eudeba . Cap. VI, Buenos Aires, 1962.
17. RABO, S.— “Los efectos psíquicos de los intoxicantes”. (En: Psicoanálisis de la Conducta”. Hormé. Buenos Aires, 1962.)
- 18 .— “El psicoanálisis de la farmacotimia”. Loc. cit.
19. RASCOVSKY, A.— “Fundamentos de la posición maníaca”. Presentada al Simposium sobre Manía y Psicopatía de la A. PA., 1964.
20. ROSENFELD, H.—On Drug Addiction. “Int. J. Psa.”, XLI, 4-5, 67. 1960.
21. SAVITT, IR. A— Psychoanalytic Studies on Addiction. “Psa. Quart.”,
22. TOMAS, .J.— “Etapas en el tratamiento psicoanalítico de las perversiones”. Presentado en la Asoc. Méd. Argentina en 1960. (Inédito.)