

ADICCIÓN A SUSTANCIAS QUÍMICAS: ¿ENFERMEDAD PRIMARIA O SÍNTOMA PSICOANALÍTICO?

ADDICTION TO CHEMICAL SUBSTANCES: PRIMARY DISEASE OR PSYCHOANALYTIC SYMPTOM?

CRISTIÁN LÓPEZ ACOSTA

Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
cristian@uc.cl

Recibido: 27-08-2011 **Aceptado:** 19-11-2011

Resumen: En este artículo se realiza una revisión histórica de los elementos centrales de los planteamientos de las aproximaciones médica y psicoanalítica. Se identifican dos obstáculos para comprender las dificultades involucradas en la discusión y en la posible convergencia de ambas aproximaciones. El primer obstáculo revisado es la definición de adicción a partir de la cual se ha trabajado. El segundo obstáculo planteado se relaciona con la forma que ha adoptado la argumentación desde la perspectiva médica que busca fundamentar el estatus de enfermedad de la adicción. Se propone una redefinición de la adicción, la cual coloca el énfasis en el llamado a consumir vivenciado por el sujeto, en lugar de centrarse en las conductas de búsqueda y consumo de sustancias.

Palabras clave: Adicción, enfermedad, psicoanálisis, tratamiento.

Abstract: This paper reviews the central elements of the medical and psychoanalytic approaches from an historical perspective. In order to understand the difficulties involved in the discussion and the possible convergence of both approaches two obstacles are identified. The first one is the definition of addiction from which these approaches have departed. The second obstacle relates to the tone of the argumentation taken from a medical perspective which seeks to justify the disease status of addiction. Thus, a new definition of addiction is proposed which emphasizes the call to consumption experienced by the subject rather than focusing on seeking behaviors and substance consumption as such.

Keywords: Addiction, disease, psychoanalysis, treatment.

1. Introducción

DURANTE YA MÁS de un siglo, el entendimiento psicoanalítico de las adicciones ha estado presente en el campo psicológico y psiquiátrico, incluyendo aproximaciones teóricas y prácticas muy diversas. Este entendimiento, en general, ha estado en oposición a las propuestas surgidas desde la medicina y más actualmente desde la neurociencia. Si bien han existido intentos de acercamiento entre ambas tradiciones, esta oposición sigue representando un problema al momento de lograr una comprensión del fenómeno de la adicción, que permita diseños terapéuticos más integrales y más eficaces para enfrentar este tema.

El objetivo de este artículo es identificar algunos de los obstáculos que han dificultado, durante un siglo, que se produzca una mayor convergencia entre el entendimiento psicoanalítico y el entendimiento médico del fenómeno de la adicción. Para lograr esto (i) se realiza una revisión de lo que han sido los elementos centrales de los planteamientos de estas dos aproximaciones y (ii) se discuten los posibles obstáculos y sus implicancias para el modo en que se fundamentan ambas aproximaciones.

Se plantea como un posible obstáculo la definición de adicción a partir de la cual se han desarrollado las propuestas teóricas y terapéuticas tanto desde el psicoanálisis como desde la medicina. También se plantea como un obstáculo la forma que ha adoptado el intento, desde la perspectiva médica, de fundamentar el estatus de enfermedad de la adicción. Se propone redefinir la adicción, colocando el énfasis en el *llamado a consumir* vivenciado por el sujeto, en lugar de colocarlo en las conductas de búsqueda y consumo de sustancias.

2. Psicoanálisis y las adicciones

Hace cien años se producía una disputa entre Bleuler y Ferenczi, en torno al entendimiento del alcoholismo. Ferenczi afirmaba que “la acción unilateral agitadora de los partidarios del antialcoholismo intenta ocultar el hecho de que, en la gran mayoría de los casos, el alcoholismo es una consecuencia, grave por cierto, de la neurosis, pero no su causa.” (1911: 106, *traducción libre*). Bleuler replicaba planteando

... que ahora la investigación psicológica de las profundidades y el alcohol deban enfrentarse, es algo obvio. Sin embargo, por ahora sabemos apenas más de la relación entre el alcohol y nuestra vida de complejos, que el público

que atribuye el alcoholismo de un hombre a la maldad de su mujer o a la repentina enfermedad de su chanco. Cada hombre tiene sus complejos y, sabemos, que cada bebedor usa sus propias excusas, tan tontas como las de los demás, para justificar sus debilidades. Un científico [...] no debe simplemente constatar la obvia coincidencia entre alcoholismo y complejos, sino que también la relación causal entre ambos elementos. Esto último aún no sucede. [...] Cuidado entonces! (Bleuler, 1911: 852, *traducción libre*).

Esta disputa, que coloca en el centro la pregunta por la participación del ámbito de lo psíquico en el fenómeno de la adicción, tendría consecuencias institucionales muy relevantes, ya que habría sido lo que llevó a la salida de Bleuler del movimiento psicoanalítico, donde había tenido una incipiente participación (Roudinesco, 1988).

El tema de las adicciones causó gran interés en el ámbito psicoanalítico en la década de 1920 y comienzos de la década de 1930, en autores como S. Ferenczi, H. Sachs, S. Rado, H. Simmel, E. Glover, O. Fenichel, para luego disminuir la producción de trabajos hasta finales de la década de 1950. La experiencia de los autores incluye, como en el caso de H. Simmel, la estructuración de tratamientos para la adicción en instituciones orientadas especialmente a ese fin (López, 2003). Alrededor del año 1930 hay cuatro artículos que serán muy relevantes para el curso posterior del desarrollo psicoanalítico del tema: dos artículos de Rado, “Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos”, 1926, y “El psicoanálisis de la farmacotimia”, 1933; y dos artículos de Glover, “Sobre la etiología del alcoholismo”, 1928, y “Sobre la etiología de la toxicomanía”, 1932. Rado propone la noción de *metaerotismo* para destacar que en la adicción a sustancias se produce “un ataque violento contra nuestra organización sexual biológica [...] se deja de lado a todo el aparato sexual periférico, como en un ‘corto circuito’, y se permite que los estímulos excitantes operen directamente sobre el órgano central” (1926: 38). Con esto, se eleva los *fenómenos tóxico-sexuales* “a la posición de un modo independiente de gratificación orgástica” (1926: 47). Al deseo propio de este modo de gratificación le llamará *morboso*. Es decir, Rado destaca claramente la idea de la adicción como una situación psíquico-somática en la cual se ha generado una *independencia* de los modos habituales de gratificación y, por lo tanto, del funcionamiento psíquico en general. Esto lo ratifica en 1933, planteando que en la adicción se instala lo que llama un *régimen farmacotímico*, el cual “sigue un curso definido y restringe de modo creciente la libertad de acción del yo” (1933: 79). Probablemente es esta concepción de la adicción, entendida como un modo de funcionamiento que se independiza de las determinaciones inconscientes, lo que lo hace

recomendar, como primera medida terapéutica, retirar la droga totalmente, de preferencia en un hospital y con apoyo psicoterapéutico para evitar los peligros potenciales de violencia y suicidio (López, 2003).

Glover, por su parte, en 1928, plantea la adicción como una *seudoperversión*, en la cual el alcohol se convierte en un *sustituto de la sexualidad*. De esta forma, hasta ese momento, se mantiene cercano a los planteamientos de Rado. Sin embargo, en 1932 da un giro utilizando ahora la teoría de las relaciones de objeto con el fin de definir un mecanismo etiológico específico de las toxicomanías. Propone entender la toxicomanía como una variante privilegiada de lo que llama *estados transicionales*, que serían organizaciones del yo tempranas y polimorfos. En la toxicomanía habría una fijación a un *sistema edípico transicional*, ubicado entre los núcleos edípicos primitivos, que producen las angustias paranoides o melancólicas, y el núcleo edípico portador de las reacciones obsesivas más tardías. Los diferentes tipos de adicción a drogas representarían distintas variaciones en la estructura del yo primitivo y en los mecanismos empleados para controlar la excitación. La toxicomanía cumpliría la función de dominar las cargas sádicas. El estado transicional toxicómano sería intermediario entre la paranoia y la neurosis obsesiva. En esta concepción de Glover, la droga quedaría reducida a un objeto parcial. Dependiendo si predomina un aspecto sádico o un aspecto reparador, la adicción sería más nociva o inocua. Glover, entonces, relativiza la importancia del factor tóxico en sí mismo y señala la facilidad con la cual la dependencia a una sustancia adictiva puede desplazarse hacia un sustituto. Cualquier sustancia, en particular *sustancias psíquicas*, podrían funcionar como una droga, extendiendo la noción de droga a *sustancias tóxicas intrapsíquicas* como las que se puede encontrar en el discurso melancólico (López, 2003). De esta forma, en esta segunda concepción de Glover, el consumo adictivo de sustancias queda referido a una estructura psíquica pre-mórbida. El lugar privilegiado que ocupa la sustancia en la economía psíquica deja de asociarse a sus características químicas y a su capacidad de gratificación, haciéndose equivalente al del objeto fetiche.

Consecuentemente con esta visión, Glover coloca un importante énfasis en el tratamiento de los aspectos psíquicos pre-mórbidos en el caso de pacientes que han desarrollado una adicción. Así, el énfasis colocado en la detención del consumo por Rado queda reemplazado por el método tradicional psicoanalítico. En un artículo de 1931, "Prevención y tratamiento de la toxicomanía", un informe colectivo de una reunión común entre la sección de Psiquiatría de la Sociedad Real de Medicina y la Sociedad para el Estudio del Alcoholismo (Chassaing, 1998 citado en López 2003), Glover afirma que: es imposible curar una adicción sin ocuparse de sus causas profundas;

en este sentido, los elementos narcisísticos subyacentes y las tendencias paranoides, son de vital importancia; la dependencia de la droga es en gran parte psicológica; el psicoanalista exige la suspensión de todo juicio moral sobre la adicción a la droga.

Esta disputa entre Rado y Glover podríamos considerarla como la continuación de la polémica entre Bleuler y Ferenczi, sólo que ahora definitivamente al interior del psicoanálisis. La concepción de Glover prevalecerá sobre la de Rado, determinando fuertemente los desarrollos psicoanalíticos posteriores sobre este tema. Es así, entonces, como desde la década de 1960 en adelante el énfasis queda colocado en una deficiencia a nivel estructural o en la existencia de determinados mecanismos inconscientes actuando a la base de la adicción. La idea central general sería la existencia de una condición que pudiera llamarse *pre-adictiva*, condición que se entiende de diversas formas según los distintos autores.

Es así como Winnicott (1979) relaciona la constitución psicopatológica de la adicción a una regresión a una etapa en que los fenómenos transicionales son irreversibles, perjudicando un normal desarrollo en la transición a relaciones de objeto maduras. Meltzer (1974) sitúa a la adicción en un lugar similar a la perversión y dependiendo de una estructuración narcisista específica en su base. Reconoce que existe una evolución en la situación que eventualmente podría terminar en un *desastre mental* como la psicosis. Kernberg (1975) entiende el consumo adictivo de drogas como cumpliendo una función, ya sea de reemplazo de una imago parental en la depresión o de una madre toda bondad en una personalidad borderline, o de alimento de un sentimiento grandioso del self en el narcisismo. En 1976 D. Rosenfeld también explica el fenómeno de la adicción desde la existencia de estructuras narcisistas subyacentes asociadas a modos y mecanismos particulares de relacionarse con los objetos. Balint (1979) plantea que en el alcoholismo el sujeto establecería relaciones objetales intensas, fluctuantes e inestables, buscando en el consumo de alcohol el retirar la libido objetal para refugiarse en un estado narcisista *armónico*. McDougall (1994) afirma que en los sujetos que han desarrollado una adicción el objeto fantasmático faltaría o estaría dañado en el mundo interno, lo que lleva a que la *sustancia maternizante-tranquilizadora* deba buscarse constantemente en el mundo de fuera. Reconoce, además, una evolución en el proceso ya que esta búsqueda se haría en *cantidad creciente*. La droga desempeña el papel de las actividades o de los objetos transicionales de la primera infancia. En 1998, la autora enfatiza la *solución somática* en lugar de la psicológica en el caso de las adicciones, para enfrentar las ansiedades neuróticas, los estados agudos de angustia y las angustias psicóticas. Khantzian (1985) señala una

incapacidad de tolerancia a los afectos como subyacente a la adicción y luego una dificultad en la autorregulación (2005). Dodes (1990, 1996 citado en Johnson 1999) hace referencia a una vulnerabilidad narcisística que lleva a sentirse abrumado por experiencias de impotencia/indefensión, asociadas a una dificultad en la reafirmación del self relacionada con fallas tempranas en el desarrollo. Johnson (1993, citado en Johnson 1999) habla de una no internalización de la permanencia de objeto durante el período preedípico, estableciéndose así un temor específico a que sus impulsos agresivos se vuelvan aterrorizantes, relacionando de esta manera la adicción con los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas. Wurmser (1995 citado en Johnson 1999) pone el acento en el terror a la separación y considerará la intensa vergüenza y rabia manifestada en la conducta adictiva, al menos en parte, como un intento de mantener la conexión con los objetos.

Desde la vertiente de autores lacanianos, por su parte, se destaca el que la adicción no debe ser entendida como un síntoma en un sentido psicoanalítico. Es decir, se cuestiona que sea una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje, que supone una sustitución que se le llama metáfora, y que está abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación y a una modificación debida a la emergencia de efectos de verdad (Miller, 1988). En lugar de esto, se propone la idea de una *formación de ruptura* con lo inconsciente, habiendo una contraposición de opiniones en el sentido de ubicarla como una formación narcisista o ubicarla definitivamente fuera del plano sexual (tanto en el sentido de libido de objeto como yoica). De cualquier forma, no se asocia la adicción a una u otra estructura, quedando claramente diferenciada de la perversión.

En estos autores se observa una oscilación entre entender la droga como un intento de reparar una falla previa en relación con la dimensión simbólica del falo (Santiago, 1995; Le Poulichet, 1990), y entenderla como lo que permite una ruptura con el goce fálico (Laurent, 1988/1994; Miller, 1988). En el primer caso, a pesar de reconocerse que no habría una estructura previa específica y propia de la adicción, de todas formas se sigue la línea de pensamiento de los autores posfreudianos revisados, en el sentido de definir una condición pre-mórbida que favorece el desarrollo de la adicción aunque no la determina. Desde la corriente de pensamiento que enfatiza la formación de ruptura, se entiende la adicción como una *elección*, o una estrategia del sujeto con miras a dar una solución a la relación con el enigma del deseo del Otro (Calais, 1995; Tarrab, 2000). Este último planteamiento rompe, entonces, con la tradición de considerar la adicción como un efecto de un malfuncionamiento en otro ámbito. El problema a la base sería simplemente la división subjetiva propia del sujeto, la cual intentaría ser evitada vía el con-

sumo de sustancias. Se volvería así al planteamiento freudiano de *El malestar en la cultura*, donde se considera el consumo de sustancias químicas como “el método más tosco, pero también el más eficaz” (Freud, 1930/1985: 77) al que se puede recurrir para evitar el sufrimiento, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no percibir el displacer, *influyendo sobre el organismo*. Sin embargo, con esta formulación no se da cuenta de lo compulsivo propio de la conducta adictiva, presente de diversos modos en todas las definiciones de ésta. Es decir, si la causa a la base es simplemente la condición humana, ¿qué hace que esta estrategia presente la característica de transformarse en relativamente forzada, a diferencia de otras estrategias posibles?

3. Adicción como una enfermedad primaria

A partir del siglo XVII ya comienza a considerarse el consumo intenso de alcohol como una *enfermedad*, desde los clérigos (Warner, 1994). Casi dos siglos después, esta noción quedará inserta en el contexto de la naciente medicina moderna y la aparición de la clínica: “toda la relación del significante con el significado se distribuye de nuevo, y ahora en todos los niveles de la experiencia médica: entre los síntomas que significan y la enfermedad que se significa, entre la descripción y lo que ella describe, entre el acontecimiento y lo que éste pronostica, entre la lesión y el mal que ella señala” (Foucault, 1966: 14). Alrededor de 1784 el médico estadounidense Benjamin Rush publica *An Inquiry into the Effects of Arden Spirits upon the Human Body and Mind, with an Account of the Jeans of Preventing and the Remedies of Curing them* (Blum, 1991). Con esto, el plano moral comienza a intentar ser reemplazado por el plano médico moderno. Un médico escocés Thomas Trotter escribiría en 1804 un tratado más académico, insistiendo en que la ebriedad era una enfermedad, pero sin una etiología clara (Thombs, 1997). Luego, sería Magnus Huss quien usaría por primera vez el término *alcoholismo*, en su trabajo publicado en Suecia en 1849, “Alcoholismus Chronicus”, en el cual identificaba varios desórdenes relacionados con el alcohol. Este trabajo habría sido leído ampliamente por médicos tanto en Europa como en los Estados Unidos. En este último país, sólo a partir de 1933 el modelo médico sería realmente aceptado para entender el alcoholismo, en oposición a la perspectiva moral imperante (Rivers y Shore, 1997). El concepto de dependencia, aplicado inicialmente al alcohol, se extendió posteriormente a los opioides y otras sustancias psicoactivas (Ferentzy, 2001; Room, 2001 citados en Organización Panamericana de la Salud, 2005). En la segunda

mitad del siglo XIX hubo preocupación en Europa por el fenómeno de la toxicomanía, especialmente a sustancias como el opio, la morfina, la cocaína, la heroína, el éter, constituyéndose la morfinomanía en el modelo de referencia de la toxicomanía.

La emergencia de Alcohólicos Anónimos en EE.UU. hizo que el concepto de enfermedad ganara popularidad en la década de 1950. En 1956 la Asociación Médica de EE.UU. apoyó la clasificación del alcoholismo como una enfermedad (Milam y Ketcham, 1983). En 1960 Jellinek, que había impulsado un centro de investigación sobre alcoholismo en la Universidad de Yale, publica *The Disease Concept of Alcoholism*, donde apoyó el concepto de enfermedad para el alcoholismo, asociado a alteraciones en el funcionamiento celular, aumento de tolerancia del tejido y falta de control o incapacidad de detenerse (Blum, 1991). El modelo de enfermedad se consolida en las décadas de 1960 y 1970, y el llamado modelo de Minnesota es adoptado como modelo de tratamiento en EE.UU.

Esta aproximación a la adicción, o dependencia química, se ratifica en 1992, en el artículo publicado por el Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine (Morse y Flavin, 1992), donde define el alcoholismo como *una enfermedad primaria*. Esta definición es producto del trabajo de dos años de un comité multidisciplinario compuesto por veintitrés personas. La definición a la que se llega es la siguiente:

El alcoholismo es una enfermedad primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y sus manifestaciones. La enfermedad es muchas veces progresiva y fatal. Se caracteriza por falta de control sobre el consumo, intereses centrados en la droga alcohol, uso del alcohol a pesar de las consecuencias adversas, y distorsiones en el pensamiento, especialmente la negación. Cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico (1992: 1013).

Al explicar esta definición, se plantea que con *enfermedad* se quiere enfatizar que se trata de una *entidad discreta* que implica una discapacidad involuntaria, y que no dispensa de responsabilidad en un sentido legal. En este punto resalta la contradicción entre involuntariedad y responsabilidad del sujeto. Con *primaria* se refiere al alcoholismo como una entidad distinta de otros estados fisiopatológicos, y que no es un síntoma de una enfermedad a la base. Con esto, evidentemente, se está marcando una diferencia con aproximaciones que coloquen causas psíquicas a la base. El *muchas veces progresiva y fatal*, se explica diciendo que se mantiene en el tiempo y que los problemas asociados a ella podrían irse incrementando. Hay que

destacar la relativización involucrada en el *muchas veces* de la definición. Finalmente, la *falta de control* la definen como la incapacidad de limitar consistentemente ya sea, la duración del episodio de consumo, la cantidad de alcohol consumido y/o las consecuencias conductuales de este consumo. Aquí es necesario poner la atención en el *consistentemente*, ya que esa manera de plantearlo abre la posibilidad de que sí pueda haber una capacidad de control en más o menos ocasiones.

En el DSM-IV (2002), si bien es un manual de *trastornos* donde se evita hablar de *enfermedad*, los criterios diagnósticos para lo que ahí se llama *dependencia de sustancias* implican los ejes de la tolerancia, la abstinencia, la falta de control sobre el consumo de la sustancia y el girar los intereses de la persona en la búsqueda o consumo de la sustancia. Es decir, en él se sigue básicamente los lineamientos sobre el alcoholismo de Jellinek, aunque agregando un énfasis en el cambio de intereses del sujeto, y restando importancia a la tolerancia y abstinencia, ya que no son criterios indispensables de estar presentes. En esta definición parece estar implícito el concepto de enfermedad. Es decir, se observa una indefinición, pero implícitamente un apoyo a la idea de enfermedad. En las formulaciones del National Institute on Drug Abuse (NIDA), por su parte, no hay ambigüedades a este respecto, definiéndose la adicción como una enfermedad del cerebro crónica, con recaídas frecuentes, similar a lo que podría ser el asma, la diabetes o la enfermedad cardíaca (Branch, 2011).

En síntesis, se podría decir que, a partir de estas definiciones de adicción, ésta queda caracterizada como:

–Una conducta de búsqueda y consumo de sustancias que el sujeto tiende a mantener a pesar de los efectos negativos que produce en su vida, y que se convierte en un elemento central de sus actividades. Esta conducta está acompañada, en algunas circunstancias, de una sensación de falta de control sobre esa conducta.

Además, se le da estatus de enfermedad, fundamentándolo en:

- No ser un síntoma de otra condición.
- Ser una entidad discreta, que involucra involuntariedad. Entidad discreta se refiere a tener características propias, como una descripción y una evolución esperable.

Esta definición de adicción a nivel descriptivo podría ser suscrita por muchos psicoanalistas. De hecho, en general los psicoanalistas han acep-

tado la definición descriptiva del fenómeno proveniente de la psiquiatría. Sin embargo, los dos puntos que le dan el estatus de enfermedad resumen la diferencia con el entendimiento psicoanalítico revisado. El psicoanálisis, desde Ferenczi inicialmente, y luego a partir de los desarrollos de Glover, considera que la adicción tiene sus fundamentos en una condición psíquica, y que el tratamiento de esta condición será el camino para alcanzar los fines terapéuticos.

En los últimos quince años ha habido algunos intentos de integración de las visiones, psicoanalítica y médica, desde el mismo psicoanálisis (Johnson, 1999; Ingelmo *et al.*, 2000). Sin embargo, estos intentos, más que una integración de perspectivas, sólo constatan la diferencia entre las aproximaciones para luego volver a las hipótesis psicoanalíticas clásicas. En estos intentos sí se gana cierta flexibilidad en el ámbito de las propuestas terapéuticas, en el sentido de abrir la posibilidad de combinar tratamientos con orientaciones diversas.

4. Elementos que dificultan un acercamiento en el entendimiento el primer obstáculo: la caracterización de la adicción

El primer obstáculo que aparece al momento de intentar entender que no se haya avanzado en el acercamiento entre las aproximaciones médica y psicoanalítica en torno a este tema, es la forma en que se caracteriza el fenómeno de la adicción. La síntesis realizada en el apartado anterior remite a una definición a nivel descriptivo de la adicción que no parece dar buena cuenta del fenómeno. Las dificultades involucradas en esa definición se hacen claras al tenerse que hablar de que *tiende* a mantenerse una conducta a pesar del daño, y de que en *algunas circunstancias* se produce una sensación subjetiva de falta de control. Estas expresiones, que aluden a una falta de precisión e incluso ambigüedad en la definición, se hacen necesarias debido a que efectivamente la conducta adictiva y la sensación subjetiva asociada a ella pueden tener grandes variaciones dependiendo de las circunstancias. La experiencia clínica muestra que muchos sujetos que han desarrollado una adicción pueden no tener una conducta de búsqueda de la sustancia o de pérdida de control sobre el consumo de ella, o de sufrir consecuencias adversas, durante períodos importantes de tiempo. La existencia de estos periodos en la historia de consumo del sujeto es algo observable comúnmente, y suele producirse luego de episodios de consumo que han tenido consecuencias graves para el sujeto o su entorno, o en situaciones de vida que por alguna razón se hacen menos compatibles con el consumo.

Es decir, la experiencia muestra que el sujeto sí tiene potencialmente el control sobre su conducta de consumo de sustancias, el cual ejerce vía un acto de voluntad, y sí puede llevar temporalmente una vida en la cual la búsqueda de la sustancia no juegue un rol especial. Son justamente estas las experiencias que el sujeto que es llevado a consultar por terceros significativos se esmera en resaltar al momento de defender la posición de que él sí controla su consumo, al contrario de lo que sus familiares afirman, y que por lo tanto no se hace necesario ningún tipo de ayuda. En esta circunstancia de consulta, el sujeto puede dar una infinidad de ejemplos que corroboran sus planteamientos, ejemplos que los familiares finalmente no pueden desdecir. Y tiene razón. Cuando el sujeto se propone tener control sobre el consumo o la búsqueda de la sustancia, normalmente lo logra. Es esto lo que habitualmente lleva a un desconcierto en los familiares, los que tienden a oscilar entre un creer esperanzadamente en un futuro distinto y una desilusión devastadora. Esta dinámica de ir y venir entre esperanza y desilusión es lo que probablemente explica el largo tiempo que toma el llegar a consultar en estos pacientes, y que hace que finalmente la gran mayoría nunca lo haga (Cunningham y Breslin, 2004).

Lo central del fenómeno de la adicción, entonces, no parece encontrarse a nivel de la conducta del sujeto, más allá que finalmente el fenómeno sí se traduzca, aunque adoptando formas muy diversas, en una conducta de búsqueda y consumo excesivos de sustancias. Incluso, tampoco parece encontrarse en la sensación de falta de control sobre el consumo que puede tener el sujeto o su entorno. Lo central sería, más bien, habría que buscarlo en el plano del vivenciar el sujeto su relación con las sustancias químicas. Lo que experimenta el sujeto es un *llamado* a obtener un placer particular, que tiene asociado a determinada forma de consumir alcohol y/o drogas. Es decir, sencillamente, *siente ganas* de consumir la sustancia, sensación que puede ir desde una intensidad muy baja a una muy alta. Este llamado, en algún momento, adquiere intensidad suficiente como para influir sobre la conducta del sujeto, de manera que éste *tienda* a consumir en el tiempo, de un modo que toma menos en consideración las consecuencias negativas del consumo de lo que las tomaría en caso de no estar influido por él. Este modo de consumo puede ir contra las genuinas intenciones del sujeto en algunas oportunidades, lo que lo puede llevar a experimentar una sensación de falta de control sobre la situación de consumo. Sin embargo, el sujeto no necesariamente tiene que responder que sí a ese llamado. Su capacidad de elección no está anulada, simplemente está influida por ese llamado. Por lo tanto, es perfectamente posible que el sujeto decida, dependiendo de las circunstancias, decir que no al llamado y consumir controladamente o

abstenerse de hacerlo. El resultado puede ser uno u otro, dependiendo de diversos factores. Lo que sí está siempre presente es el llamado, en mayor o menor medida.

El plantear que el núcleo de la adicción está en este llamado y no en la conducta o la falta de control sobre el consumo, se acerca a los planteamientos de Rado revisados anteriormente, que aluden a los deseos morbosos y el metaerotismo. Es decir, se acerca a los planteamientos psicoanalíticos que fueron dejados de lado por el valor hegemónico que adquirió la idea de una estructura pre-mórbida para explicar la adicción en el psicoanálisis a partir de la década de 1930. Así, ese momento de la historia se constituye como un punto de inflexión determinante en el entendimiento psicoanalítico de las adicciones que privilegia la búsqueda de las causas psíquicas de ésta, alejándose de un posible puente con la noción médica. Es interesante que Heyman (2009), un autor muy alejado de Rado, tanto teórica como temporalmente, destaque dos elementos de las sustancias adictivas que apuntan en una dirección similar a las ideas del húngaro. Este autor cuestiona las definiciones tradicionales de la adicción, e intenta precisar qué es lo que caracteriza a las sustancias adictivas. Concluye que éstas son: (i) *especiosas*, (ii) no llevan al *feedback auto-inhibitorio* connatural al resto de las actividades, (iii) son *intoxicantes*, e (iv) impiden un análisis costo-beneficio basado en una *elección global*. De estas cuatro características sólo las primeras dos serían completamente particulares a las sustancias adictivas. Por especiosa se entiende que involucran una recompensa de alto valor debido a la especial cualidad e intensidad de la satisfacción, a que ésta es inmediata y a que los costos son desplazados hacia el futuro. El no llevar a un feedback auto-inhibitorio refiere a que las sustancias adictivas no producen lo que normalmente sí ocurre, es decir, que la recurrencia de una actividad conduce al aburrimiento, a la fatiga o la saciedad, haciendo que el valor de recompensa disminuya. Es decir, según Heyman, la relación adictiva con una sustancia implicaría la búsqueda de una gratificación especialmente intensa y placentera, que no lleva a la saciedad o fatiga, y que hace que su valor de recompensa relativo al resto de las alternativas de gratificación disponibles sea cada vez mayor (2009: 125). Así, el sujeto va quedando cada vez más atrapado en una única forma de gratificación. Estas dos características destacadas parecen apuntar a algo muy similar que las nociones de deseo morbosos y régimen farmacotóxico, respectivamente, planteadas por Rado. Es decir, al instalarse una adicción, se produce un llamado especialmente intenso, pero no completamente determinante, a consumir la sustancia en cuestión, y el consumo de ésta va generando un modo de relacionarse con el mundo que distorsiona toda la jerarquía de prioridades del sujeto de manera estable.

Esta diferencia, entre entender la adicción a partir de la descripción de una conducta o hacerlo desde la idea de la instalación de un llamado a consumir, tiene importantes implicancias para un posible acercamiento de las posiciones psicoanalítica y médica. Al entenderse la adicción desde el punto de vista de las conductas, es frecuente realizar observaciones, en el contexto clínico, que parecen confirmar el que esta conducta adictiva depende de causas psicológicas. Un sujeto que ha desarrollado una adicción, en el contexto de un proceso terapéutico psicoanalítico, podrá tener variaciones muy significativas en su conducta de búsqueda y consumo de sustancias a lo largo del tiempo. Es decir, a pesar de estar instalado el llamado, responderá que sí o que no a este llamado dependiendo de las circunstancias externas y/o psíquicas en que se encuentre. Estas variaciones, el terapeuta psicoanalítico o analista, tenderá a asociarlas a cambios psíquicos experimentados por el paciente a lo largo del proceso terapéutico. Y tendrá razón, pero sólo parcialmente. Los cambios psíquicos sólo estarán mediando, aunque muy eficazmente, la conducta adictiva, es decir, estarán facilitando la disposición a eventualmente decir *no* temporalmente; lo que es muy diferente de estar modificando las *causas* de la conducta adictiva. Sin embargo, parecerá que es exactamente esto último lo que ha ocurrido. La experiencia muestra que los sujetos que han desarrollado una adicción, siempre encuentran motivos, tal como lo anunciaba irónicamente Bleuler en la cita revisada al comienzo, para volver a consumir o para aumentar su consumo. Una disputa matrimonial, el estrés laboral, la depresión, las dificultades económicas, un momento especial, un triunfo de la selección nacional de fútbol, un recuerdo infantil cargado de placer o angustia. Las falsas atribuciones psicológicas percibidas por el paciente, sumadas a los largos tiempos involucrados en los procesos de cambio en la relación con la sustancia, harán que las pistas dejadas por el llamado a consumir queden veladas. Lo que aparecerá a la observación serán los cambios en las conductas de búsqueda y consumo de sustancias y su relación con los vaivenes de los procesos psíquicos. Así, el entendimiento de la adicción desde el punto de vista de las conductas, promoverá que las observaciones confirmen la teoría previa de la adicción, es decir, comprenderla como una consecuencia de la neurosis en última instancia.

Ya que el llamado a consumir la sustancia adictiva es sólo eso, un llamado, las distintas circunstancias de vida y psicológicas del sujeto efectivamente siempre influirán en la respuesta que dé a ese llamado. Sin embargo, el sujeto seguirá siendo capaz de decidir, aun cuando esa decisión esté condicionada. La discusión acerca de la voluntad y responsabilidad del sujeto que ha desarrollado una adicción, que lleva a la contradicción resaltada en la definición de alcoholismo del *Joint Committee*, es necesario abordarla

desde este entendimiento de la situación. El llamado a consumir está instalado en el sujeto, pero no le quita finalmente su capacidad de decidir. Esta instalación es involuntaria, pero el sujeto sigue siendo relativamente responsable de sus conductas. Al identificarse la adicción con las conductas, todo estos elementos contribuyen a que se piense en la adicción como basada en procesos psíquicos.

Por otra parte, intentar colocar el énfasis en la instalación del llamado a consumir conlleva dificultades importantes para la observación clínica. Este llamado en el sujeto no es fácil que se muestre. En el sujeto que ha desarrollado una adicción, tiende a producirse un modo de relación con este llamado o deseo por las sustancias muy particular, que ha intentado ser conceptualizado por distintos autores. Se ha hablado de *fuerzas separadas del yo* (Sachs, 1923); del uso de *una escisión del yo* como mecanismo de defensa (Rosenfeld, 1960); de una *ambivalencia* frente al qué hacer con la situación de consumo (Miller y Rollnick, 1999); de una *negación* o una *distorsión del pensamiento* que impide ver aspectos de la realidad (Morse, 1992); de una *escisión de la imagen de sí mismo* (Mc Dougall, 1998); *una disociación* (Burton, 2005), *una oscilación subjetiva* (López, 2011), etc. Con estas nociones se ha intentado dar cuenta del siguiente fenómeno: el sujeto reconoce sólo a veces que existe este llamado operando en él y/o lo reconoce sólo parcialmente. Esto, a pesar de tener plena conciencia de las graves consecuencias que está provocando su consumo adictivo. Esta situación dificulta en gran medida la posibilidad de saber qué está pasando realmente con este llamado y, por lo tanto, la posibilidad de seguir su evolución o intervenir sobre él, ya sea por parte del mismo sujeto o parte de terceros (López, 2009). Estos últimos, además, tienden a quedar envueltos en lo que se ha llamado una dinámica de *codependencia* (Steinglass *et al.*, 1987) que facilita que la conducta adictiva siga adelante, al minimizar las consecuencias negativas del consumo o enfrentar al sujeto de modos muy poco efectivos.

Es decir, el elemento central del fenómeno de la adicción tendería a no mostrarse con claridad ni para el sujeto ni para el entorno inmediato, lo que probablemente ha favorecido que la adicción sea caracterizada de modos que llevan a equívocos y que promueven la idea de una causa psicológica a la base, punto central en la disputa entre psicoanálisis y medicina.

5. El segundo obstáculo: el camino utilizado para fundamentar estatus de enfermedad

Un segundo elemento que ha dificultado el acercamiento de posiciones

entre psicoanálisis y medicina ha sido el método mediante el cual, desde la medicina, se ha intentado fundamentar la noción de adicción como enfermedad. El esfuerzo incesante, desde Jellinek en adelante, de encontrar las causas biológicas de la adicción ha marcado la dirección de este intento. A pesar de que en la definición revisada el carácter de enfermedad de la adicción está dado sólo por el no ser un síntoma de otra condición y ser una unidad con características propias, desde la medicina se ha optado por buscar esa unidad y su agente en procesos biológicos. Es decir, optó por un camino que no es indispensable para fundamentar la noción de enfermedad. De hecho, cuando en el siglo XVII se introduce la idea de enfermedad asociada al consumo intenso de alcohol, esta idea no estaba basada en la biología, sino simplemente en que una conducta tan auto-destructiva no podía considerarse normal (Heyman, 2009).

Jellinek es un hito importante en este camino, habiendo colocado en primer plano elementos fisiológicos medibles, como son el síndrome de abstinencia y el desarrollo de tolerancia, como signos de una enfermedad caracterizada por la falta de control sobre el consumo por parte del sujeto. Estos dos elementos tuvieron una gran repercusión durante décadas, y si bien en las definiciones más modernas ya no están presentes, el DSM-IV los sigue incluyendo como criterios para la definición de adicción, aunque ya no como imprescindibles, a pesar de haberse demostrado que su presencia es irrelevante para realizar el diagnóstico de adicción (Leshner, 1997).

Después de este primer intento de Jellinek por definir signos físicos de la enfermedad del alcoholismo, la investigación ha continuado profundizando en esta línea. En las últimas décadas se han develado muchos mecanismos y estructuras cerebrales involucrados en el desarrollo de la adicción (OPS, 2005), lo que ha implicado un avance muy significativo en este plano. Sin embargo, estos descubrimientos no dan realmente un fundamento para entender la adicción como una enfermedad primaria. El hecho de lograr objetivar estos mecanismos no necesariamente implica entender las causalidades involucradas en el desarrollo de una adicción. Es decir, el que existan estos cambios cerebrales no permite descartar el que estén siendo un síntoma de una condición psicológica. Por ejemplo, se los podría considerar simplemente como *correlatos* biológicos de procesos psicológicos (Heyman, 2009).

Dado que desde la investigación biológica no se ha logrado realmente fundamentar una causalidad para la adicción, tampoco se ha podido ofrecer una solución terapéutica en ese plano. De hecho, en términos prácticos, los conocimientos adquiridos no han posibilitado realizar una intervención desde la biología que cure la adicción en el sujeto. La intervención vía fármacos ayuda a disminuir los síntomas del síndrome de privación, o la

sintomatología de otros cuadros asociados a la adicción, incluso en algunos casos el placer que se produce al consumir las sustancias. Sin embargo, el deseo propio de la adicción continúa presente, a pesar de esta ayuda psicofarmacológica. El llamado, básicamente, se sigue manteniendo en el tiempo, lo cual es el problema explícitamente no resuelto desde la biología, relacionado con la noción de *sensibilización al incentivo* (Robinson y Becker citados en OPS, 2005).

Si se dejara de lado intentar fundamentar la adicción como enfermedad en la búsqueda de sus bases biológicas, se podría avanzar más en el acercamiento entre las perspectivas revisadas. Por supuesto el problema no está en que se realice investigación en el plano biológico con el fin de entender los mecanismos involucrados en la adicción, lo cual siempre aportará nuevos conocimientos que podrán ser utilizados de diversas formas. El problema es que se intente fundamentar desde ahí el estatus de enfermedad de la adicción.

Todos los desarrollos en la línea de la búsqueda de las bases biológicas, finalmente, parecen intentar demostrar la veracidad de los cuatro principios planteados por Rush alrededor de 1784, los que a su vez son la continuación de observaciones realizadas casi dos siglos antes por clérigos (Warner, 1994). Estos principios están referidos a que: (i) la adicción es producida por la propia ingesta de alcohol, (ii) se produce una pérdida de control sobre la conducta de tomar alcohol, (iii) la adicción al alcohol es una enfermedad en sí misma, con lo que se alude a no ser dependiente de una condición psíquica, (iv) la cura pasa por la abstinencia. Estos cuatro principios son consistentes con la definición del *Joint Committee* revisada, e incluyen, además, la hipótesis básica que ha guiado la investigación biológica, es decir, que es la propia ingesta de alcohol o sustancias adictivas la que lleva al desarrollo de la adicción. Además, incorporan el elemento terapéutico que ha sido propio de la aproximación médica al tema históricamente, esto es, lograr la abstinencia del consumo de las sustancias adictivas. Si son estos principios, o algunos de ellos, lo que se quiere demostrar como ciertos, esto se podría realizar por diversos medios sin que sea necesario colocar todo el énfasis en la apuesta de encontrar las causas biológicas de la adicción. Al hacerse esto último, la discusión tiende a quedar desplazada de su punto central. La discusión se convierte en si existe o no una demostración para las causas biológicas de la adicción, discusión que queda sin respuesta hasta que esto se pueda demostrar claramente.

Si se incorporara la definición de adicción propuesta en el apartado anterior, es decir, la adicción como la instalación de un llamado al consumo especialmente intenso y no auto-inhibitorio, probablemente se facilitaría

la investigación sobre la naturaleza de la adicción. Desde el modelo de enfermedad se tendría que:

- La entidad discreta sería la instalación de este llamado particular.
- La causa de la instalación de este llamado sería el propio consumo, suficientemente masivo y regular.
- Una vez instalado este llamado, no tendría como causa una condición psíquica. Lo psíquico, en el contexto de una situación de vida, mediaría la respuesta que el sujeto da a este llamado en el plano conductual.
- La existencia de este llamado en el sujeto sería involuntaria, y éste sólo funcionaría como un condicionamiento para lo que serán sus decisiones conductuales.
- La detención o disminución significativa del consumo haría que, con el tiempo, ese llamado comenzara a desdibujarse. En este sentido, la detención del consumo no sería un fin en sí mismo, sino que buscaría producir un cambio en la instalación del llamado.

Desde el modelo psicoanalítico se pensaría que:

- El llamado instalado dependería de una condición psíquica, ya sea a nivel de estructuras o de mecanismos.
- Este llamado se habría llegado a instalar debido a que cumple una función desde el punto de vista de la condición psíquica a la base.
- Este llamado sería involuntario, en el sentido que lo es un síntoma.
- La modificación de la condición psíquica a la base, permitiría que el llamado llegara a matizarse o a desaparecer.

Planteado de este modo el problema, es decir, redefiniendo lo central que caracteriza a la adicción, y evitando centrar la argumentación en las eventuales bases biológicas, sería esperable que se facilitara la apertura de un campo común para situar de mejor forma la discusión entre ambas aproximaciones. La observación clínica y la investigación empírica podrían tener un rol preponderante en el desarrollo de esta discusión.

6. Conclusiones

El plano conceptual en el cual se ha situado la disputa sobre el entendimiento y el tratamiento de las adicciones, entre la medicina y el psicoanálisis, no

parece ser el adecuado. Los obstáculos que se han presentado para encontrar un terreno de análisis y observación más propicio, se relacionan con el modo de caracterización del fenómeno adictivo compartido por ambas aproximaciones, y con el camino seguido por la medicina para fundamentar el estatus de enfermedad de la adicción. Al intentarse fundamentar este estatus en el descubrimiento de las bases biológicas de la adicción, se ha desplazado el punto de discusión hacia un área sin respuestas definitivas hoy en día.

Estos dos obstáculos parecen explicar principalmente la falta de posibilidad de diálogo fructífero durante tantos años entre estas aproximaciones. Se requiere el desarrollo de investigación empírica, observación clínica y análisis conceptual que, evitando estos obstáculos, permita llegar a conclusiones que gocen de mayor acuerdo o, al menos, a discusiones que partan desde un mínimo terreno común. La investigación que apunte a estos objetivos necesariamente encontrará dificultades importantes, debido a que lo que se ha propuesto como el núcleo del fenómeno de la adicción, el llamado a consumir vivido por el sujeto, tiende a no mostrarse. Normalmente queda velado por mecanismos psíquicos e interaccionales propios del fenómeno de la adicción. El desafío es encontrar metodologías que permitan relevar ese elemento, y así poder entender su relación con la historia del sujeto, sus estructuras y mecanismos psíquicos, y las intervenciones terapéuticas. Esto último es urgente, ya que es una patología de alta prevalencia, que requiere principios de tratamiento sobre los que haya mayor consenso, y modos de intervención derivados de esos principios que tengan la flexibilidad suficiente para ajustarse a los distintos contextos y situaciones.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (T. de Flores, J., Masana, E., Masana, J., Toro, J., y Udina, C.). Barcelona: Masson S. A.
- Balint, M. (1979). *La falta básica*. Barcelona: Paidós.
- Bleuler, E. (1911). Alkohol und Neurosen. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, (3), 848-852.
- Blum, K. & Payne, J. (1991). *Alcohol and the addictive brain*. New York: The Free Press.
- Branch, M. (2011). Drug addiction. Is it a disease or is it based on choice? A Review of Gene Heyman's *Addiction: a disorder of choice*. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 95 (2), 263.
- Burton, N. (2005). Finding the Lost Girls: Multiplicity and Dissociation in the Treatment of Addictions. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (4), 587-613.

- Calais, V. (1995). Una solución, los usos. En E. Sinatra, D. Sillitti y M. Tarrab (comps.), *Sujeto, goce y modernidad III* (pp. 97-102). Buenos Aires: Atuel.
- Cunningham, J. y Breslin, F. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 221-223.
- Ferenczi, S. (1911). Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, (3), 101-119.
- Freud, S. (1930/1985). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas* (2ª Ed.), tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. México, DF: Siglo Veintiuno Editores.
- Glover, E. (1928). The etiology of alcoholism. En Glover, E., *On the early development of mind* (pp. 81-90). New York: International Univ. Press.
- Glover, E. (1932). On the etiology of drug-addiction. En E. Glover, *On the early development of mind* (pp. 187-215). New York: International Univ. Press.
- Heyman, G.M. (2009). *Addiction: A disorder of choice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ingelmo, J., Ramos, M., Méndez, J. y González, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la Psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Revista de Psicoanálisis*, 5, recuperado el 2 de enero 2006 de <http://www.aperturas.org>
- Jellinek, E. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse.
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47 (3), 791-815.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Khantzian, E. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. (2005). New Windows on Understanding Addictive Vulnerability: Commentary on Papers by Lisa Director and Noelle Burton. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (4), 613-620.
- Laurent, E. (1988/1994). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, y M. Tarrab (comps.), *Sujeto, goce y modernidad II* (pp.15-28). Buenos Aires: Atuel.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leshner, A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45.
- López, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 119-127.
- López, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 20 (2), 53-76.
- López, H. (2003). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yébenes.

- McDougall, J. (1998). *Las mil y una caras de eros*. Buenos Aires: Paidós.
- Meltzer, D. (1974). *Los estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman.
- Milam, J.R. y Ketcham, K. (1983). *Under the influence: A guide to the myths and realities of alcoholism*. New York: Bantam.
- Miller, J. (1988). Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático. En J. Miller, *Matemas II* (pp. 173-181). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Morse, R. y Flavin, D. (1992). The definition of alcoholism. *Journal of American Medical Association*, 268, 1012-1014.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Rado, S. (1926). Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos. En S. Rado, *Psicoanálisis de la conducta* (pp. 33-48). Buenos Aires: Horm.
- Rado, S. (1933). Psicoanálisis de la farmacotimia (Afición a las drogas). En S. Rado, *Psicoanálisis de la conducta* (pp. 73-89). Buenos Aires: Horm.
- Rivers, C. y Shore, E. (1997). *Substance abuse on campus*. New York: Greenwood Press.
- Rosenfeld, H. (1960). Sobre la adicción a las drogas. En H. Rosenfeld, *Estados psicóticos* (pp. 153-170). Buenos Aires: Hormé.
- Rosenfeld, D. (1976). *Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Galerna.
- Roudinesco, E. (1988). *La batalla de los cien años: historia del psicoanálisis en Francia. I (1885-1939)*. Madrid: Fundamentos.
- Sachs, H. (1923). *La génesis de las perversiones*, recuperado 3 de mayo del 2006 de <http://www.psi.uba.ar>
- Santiago, J. (1995). El artificio de la droga... o la metonimia de la muerte. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, y M. Tarrab (comps.), *Sujeto, goce y modernidad III* (pp. 69-78). Buenos Aires: Atuel.
- Steinglass, P, Bennet, L., Wolin, S. y Reiss, D. (1987). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.
- Tarrab, M. (2000). La substancia, el cuerpo y el goce toxicomaniaco. En E. S. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab (comps.), *Más allá de las drogas* (pp. 81-93). La Paz: Plural Editores.
- Thombs, D. (1997). The Disease Model of Addiction. En C. Rivers y D. Shore, *Substance abuse on campus* (pp. 49-72). New York: Greenwood Press.
- Warner, J. (1994). 'Resolved to drink no more': Addiction as a preindustrial construct. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 685-691.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.