

LAS DROGAS COMO METÁFORA TÓXICA

Guillermo Rendueles. Médico psiquiatra*

RESUMEN: En este artículo, el autor pretende discutir sobre las metáforas que describen acciones voluntarias como síntomas psiquiátricos. Proceso metafórico que, según el autor, arruina el mundo de libertad en el que las biografías humanas deben moverse. Respecto al lugar de las toxicomanías en la psicopatología, propone acercarlas al diagnóstico de los Trastornos por Simulación. Discute finalmente las consecuencias éticas de la extensión de la metáfora médica sobre la intencionalidad que impide al pensamiento psiquiátrico responder al ¿a quien pertenece la acción humana? y que lleva a dicho pensamiento a aceptar como adicciones conductuales grupos como los sexólicos o los *addictive relationships*.

En un sugerente artículo Echeburua se refiere a las adicciones psicológicas como un proceso de adicción literal o, como escribe, "mas allá de la metáfora". Estas líneas intentan discutir ese enfoque, deconstruyendo la cadena metafórica que lleva a interpretar una serie de actos voluntarios –drogarse, jugar, mantener malas relaciones– en términos médicos. Términos –síntomas– transpuestos y descontextualizados desde un ámbito infeccioso (recidiva, recaída) o neurológico (el término "compulsión" nació para designar los movimientos coreiformes y extrapiramidales) que, de este modo, desplaza el género biográfico en el que las adicciones deberían estudiarse como campo de la intencional, de lo voluntario y lo substituye por un relato médico-sintomático.

Las palabras, como dice Austin, hacen cosas, transforman radicalmente la realidad humana que no sería tal sin esos "actos de habla" que ordenan y enmarcan lo posible dentro de la gramática. Nuestra percepción de la realidad no tendría un orden de causalidad si nuestra habla no estuviese determinado por reglas de sujeto-verbo-predicado que prefiguran nuestra visión de una acción siempre realizada por alguien en determinadas circunstancias. Los problemas para traducir ser, estar o los misteriosos verbos compuestos ("ser en el mundo",

"ser en sí") de la filosofía existencial alemana ya son un tópico que llevaba a Heidegger a la soberbia afirmación de que solo el idioma alemán permitía captar el mundo filosóficamente.

Quien dude de ese valor de las palabras para transformar la vida más allá de su carácter comunicativo, no tiene mas que realizar una prueba: decir "sí quiero" o "lo juro" en determinados lugares institucionalizados para el juicio y el matrimonio o, por el contrario, no decir "lo siento" tras propinar un pisotón a un gigante en el autobús. Hablar en esas situaciones, y solo hablar, le permitirá comprobar como su situación de soltero, de testigo perjurero o de viajero indemne, cambia radicalmente.

En idéntico sentido una jerarquía de metáforas fue el centro del nacimiento de la física y la astronomía moderna: si la afirmación de la centralidad de la tierra era una metáfora en los escritos de Galileo para mejor entender algunas observaciones astronómicas o debería leerse literalmente y reducir las afirmaciones de la Biblia a la metáfora llevo a la hoguera a algunos sabios.

El relato de Althusser, tras 20 años de curas psiquiátricas y psicoanálisis, respecto a la muerte de su esposa ejemplifica a la perfección el horror y el asombro que ese discurso

anti-intencional produce. "El drama" –como Althusser llama al estrangulamiento de su esposa– parece en su relato una historia sin sujeto, y él un agente mecánico, una mano asesina sin intencionalidad o interioridad que, a diferencia de ese sujeto sartreano al que tanto criticó, carece del valor para atribuirse su acción, para juzgarse mas allá de las poli-determinaciones psicoanalíticas en las que las "causas" del crimen ocurren en la prehistoria de una madre enamorada de un muerto y una actualidad de circunstancias desencadenantes. La consideración de la historia como un proceso ajeno al hombre y el concepto de sujeto como una impostura propia de la "psicosis feliz" de Sartre (termino althusseriano para exigir "golpear al humanismo") son ideas que han quedado privadas de cualquier credibilidad por las biografías de los maestros de pensamiento (la relación de Foucault con la transmisión del SIDA causa idéntico escalofrío moral).

Todo el discurso medicalizador respecto a la droga parte de un supuesto similar: la consideración de los aumentos del consumo de tóxicos como si de una especie de epidemia se tratara, y las metáforas que fuerzan a describir las vidas de los consumidores de drogas y las peripecias de sus elecciones vitales como evoluciones de una enfermedad con vulnerabilidad, causas, recaídas y curación. Supuestos que más allá de su falsedad descriptiva, por su carácter de *metáfora no rotulada*, tienen la consecuencia pragmática de crear un universo retórico de mentira continuada que ha quitado credibilidad al discurso psiquiátrico.

Mentira continuada que ha invadido desde la psiquiatría todo el campo social y toda el habla común que, al interpretar literalmente esa similitud toxicomanía-enfermedad –la adición es como la tuberculosis–, ha organizado, por un lado, el eje significativo del proceso que Marina llama el *misterio de la voluntad perdida*, y por otro, ha contribuido sensiblemente a destruir un universo moral tradicional que obviamente se asentaba en la clasificación de las conductas humanas como vicios y

virtudes, como resultado de la posibilidad de dirigir libremente nuestras vidas por elección moral (tradiciones morales absolutamente incompatible con las versiones conductuales del determinismo biológico, la elección racional o las motivaciones inconscientes).

Porque, antes de esa quiebra de la voluntad, todo el universo moral se fundaba en la posibilidad de hacer circular las conductas humanas entre el par clasificatorio bueno-malo o, lo que es lo mismo, vicio-virtud. Desde el neodarwinismo, los sentimientos morales aparecen como una parte importante de los fenotipos humanos que han contribuido a la supervivencia de nuestra especie. El pensamiento etológico insiste en que el éxito evolutivo de una especie se debe en parte a las llamadas *líneas epigenéticas* de la misma que constituyen una especie de raffles cognitivo-conductuales por los que los que los genotipos nos obligan a circular y de los que la conducta individual no puede salirse.

Si en los aspectos intelectuales estas *líneas epigenéticas* no son otra cosa que los *a priori* kantianos que nos obligan a organizar nuestros pensamientos según esquemas perceptivos de espacio, tiempo o causalidad, que determinaron que aquellos de nuestros antepasados que pensaron que si un tigre que entró en la cueva y no salió, allí sigue, tuviesen mas éxito reproductivo que los que pensaron con cualquier otro esquema que se adaptase peor a su medio para predecir el sobrevivir o morir en su relación con el depredador. En idéntico sentido nacer aprendido respecto a miedos a serpientes, espacios abiertos o a la oscuridad, facilita la supervivencia respecto a los que tienen que aprender sus fobias a esos objetos peligrosos a nivel individual.

En los aspectos morales estas líneas epigenéticas se concretan en una clasificación conductual de bueno-malo para el hombre que comprendería desde los temores territoriales o jerárquicos –mi mejor amigo es mi vecino–, hasta la detección de la mentira en congéneres que permitiese excluir gorriones de la interacción del grupo. La carencia de dichos meca-

nismos, la tolerancia al gorrón llevan al desastre grupal, como muestran la desaparición de especies de chimpancés que no expulsan de su manada a los que no despiojan cuando les toca el turno y se han aprovechado del lustrado grupal. Triste destino de extinción también para las especies cuyos individuos siguen a rajatabla un interés egoísta y excluyen el altruismo intraespecie descrito precisamente bajo el equívoco epígrafe del gen egoísta que previene de los resultados de la desaparición "en las heladas aguas del cálculo egoísta".

Al desaparecer de la moral de la postmodernidad y en el psicologismo esos esquemas ordenadores de vicios y virtudes, de las buenas y malas vidas, bajo el aluvión de los rótulos psi que sustituían las antiguas conductas de la mala vida por los "diagnósticos" de alcohólicos, ludópatas, bulfímicos, adictos al sexo, al dinero, al trabajo, desaparecía todo discurso moral.

¿Qué otro mérito que la salud poseen los no adictos? La templanza, el no ceder al impulso a beber, drogarse o cualquier otro vicio, ¿es algo más que un buen hábito higiénico o la posesión de algún buen mecanismo biológico de freno? Si el drogarse tiene que ver con dios sabe que neurotransmisor, ¿el no hacerlo es el simple resultado del equilibrio bioquímico? La rapidez con que esa fuga de los significantes adicción, dependencia, impulso incontrolable han tenido hacia el habla común, como una metástasis semántica que ya invade situaciones tan cotidianas como el estar enamorado bajo el signo de la dependencia, "estar colgado" y de ahí a los grupos de adictos al sexo o a las malas relaciones, parece un claro indicador del camino de servidumbre que inician. Servidumbre de técnicos y discursos psi, que resaltan la complementariedad de esas descripciones de malas vidas como adiciones a sustancias o conductas, con los procesos de Nihilismo Moral, de desaparición de los valores que jerarquizan y permiten un relato biográfico como realizado o fracasado. Buena acción o buena vida que pasa a significar bajo el imperio del psicologismo simplemente

aquello que, después de hecho, me hace sentir bien, o relato biográfico en el que se han acumulado buenas sensaciones.

De ahí que me parezca útil reflexionar y descubrir la genealogía de las metáforas que, a propósito de las drogas, cubren con un manto médico curas morales de vicios. Reflexión que serviría para que tanto los terapeutas –algunos tan silvestres pero eficaces–, como los terapeutizados –algunos tan profesionalizados en sus vicios que terminan de curadores auxiliares (nadie sabe de un vicio como quien por él pasa)–, puedan contarse los terribles dramas vitales de las adicciones sin recurrir a conceptualizaciones tan alejadas de lo real como cura, recaída o tratamiento.

Retórica de enfermedad y terapia que sustituye lo único real, la libertad del sujeto para decidir sobre su vida, la capacidad de alguien para ayudar a otro a mantener sus deseos de sobriedad o desenmascarar la falsedad del mismo, por ese diálogo mentiroso de la evolución clínica, el *craving* o la compulsión de repetición.

Psiquiatrización de la ética

Uno de los tópicos habituales en las publicaciones sobre alcohol y drogas consiste en resaltar como un mérito de las modernas clasificaciones "el abordaje de las mismas sin connotaciones morales" y el haber llegado –Matussek dixit– a un modelo en el que "lo fundamental en la dependencia ya no es el tóxico, sino el estado subjetivo buscado tanto con conductas como con sustancias y la existencia de un substrato psicobiológico común entre quien por ejemplo se emborracha o juega".

Efectivamente en el modelo psicobiológico hoy dominante, lo que determina la acción de drogarse es el supuesto estado psicobiológico subyacente de un sujeto siempre indefenso frente a sus impulsos que aporta como prueba de su incompetencia moral, su discurso victimista que lo arroja en los brazos protectores del curador: no puedo dejarlo –el juego, el

sexo compulsivo, la droga— significa para él literalmente algo parecido a "tengo fiebre y frente a esa cosa, cúreme usted doctor".

En complementariedad con ese discurso del "me cogió el virus de la adicción", el psicoterapeuta juega un papel moral o mejor antimoral claro: soporta con alguna formulación científica —como aquellos latines antiguos de los que se burlaba Moliere— ese supuesto de no voluntariedad de la acción de drogarse o jugar, confirmando que esta infectado o adicto. Confirmación que permite establecer una alianza de dependencia terapéutica mediante la colusión entre la mala fe del adicto de negarse como sujeto de sus vicios y el deseo del terapeuta de ser guía profesional de un paciente incapaz del "cuidado de sí".

Función terapéutica que, desde contextos de cuidados de almas heterónomas que han perdido su capacidad para controlar su gula o su templanza originando las "nuevas epidemias", actúa como una especie de Gerencia de lo Intimo que, desde la cuna a la tumba, enseña a vivir con arreglo a psicoterapia..

Ya en la concepción de la nueva vida lograda con arreglo a las técnicas sexuales que instruyen en como llegar a la satisfacción sexual mediante unas gimnasias de masturbación mutua, para continuar con una crianza según manuales que enseñan a ser padres (también hay escuelas), para evitar ser una madre frígida o ansiógena o castradora, juego en el que la madre trata de lograr el difícil equilibrio del jugador de naipes a la las siete y media donde o no llegas a dar el suficiente afecto y eres abandonica o te pasas y eres sobreprotectora como el psicoanalismo no se cansa en repetir, clamando por las madres suficientemente buenas mientras el padre queda en segundo termino.

Pero no se trata en absoluto de un problema de escuelas psicoterapéuticas, ya que en esta enseñanza del vivir también se pueden seguir modelos familiaristas que instruyen en negociaciones de fronteras familiares, limites, alianzas transgeneracionales y otras lindezas en lenguaje político-militar, a fin de evitar

patología en los procesos de crecimiento familiar. Envejecer, decir no, aunque me sienta mal, aprender optimismo son otras tantas guías vitales para normales en las que el tratamiento y la prevención de las dependencias alcanzan un nivel en el que el revoltijo moral llega a limites inauditos al pretender en ese cuidado de si no ya el control de vicios sino también la limitación de virtudes. Virtudes entendidas hoy como rigideces de carácter o adicción: la laboriosidad puede ser hoy rotulada de adicción al trabajo, las sobriedades de fobias o la lealtad de obsesividad, en cualquier repulsivo manual de autoayuda con éxito editorial.

Esa psicologización de lo cotidiano niega cualquier definición objetiva de buena o mala vida, disolviendo esos conceptos morales en relativismos psicológico-adaptativos. El único guía de la conducta será el deseo, y la función del terapeuta ayudar a conocer y gestionar ese individualismo sentimental de forma que la mayor cantidad de conductas hagan posible el cumplimiento de los deseos individuales, con el único límite de no dañar al sujeto ni al objeto del deseo en una especie de balance de resultados conductuales que substituye al antiguo juicio moral. Drogarse, según esos esquemas, será en realidad un derroche, una mala inversión conductual que no apreciará los gastos de la inversión de deseo en un objeto-droga que arruina a largo plazo a un sujeto perezoso que, como la cigarra de la fábula, no desarrolla buenas inversiones que el terapeuta debe alentar.

Las psicoterapias se convertirán entonces en una especie de contabilidades hedonistas en la que el sujeto hace un balance de sus acciones y desde el trabajo a la cama evalúa las mismas cuestiones: ¿estoy sacando bastante provecho, comunicación, placer sexual de esta situación?, ¿debo cambiar algo en ellas para que me aproveche mas? Con el mismo esquema, las relaciones personales o familiares se convertirán en Relaciones Intimas en el sentido que le da Taylor a la expresión: una pareja permanecerá unida mientras el sentimiento la

mantenga y se romperá cuando ya "no funcione" o sus partenaires "no se comuniquen" porque ya desde el principio las relaciones son libres, son vínculos sin ataduras y sin otro compromiso que el "hablar de lo que pasa con autenticidad y romper la relación sin hacer daño", por eso la ayuda cuando el "compañero" esté enfermo dependerá de las disponibilidades de tiempo, energía o sentimiento ya que hay personas que se autoevalúan como no válidas para el cuidado de viejos o enfermos y de ahí la necesidad de que ese cuidado que antaño se prometía –te cuidaré hasta que la muerte nos separe– tenga que ser asumido hoy por el estado, el mercado –la mayoría de los yacimientos de empleo se refieren a estas tareas– o por instituciones benevolentes.

La distancia respecto al viejo paradigma que definía la buena vida como el paso por las distintas edades y los distintos grupos naturales con éxito no puede ser más abismal. Hace apenas cincuenta años un buen hombre, era la suma de haber cumplido bien los roles de hijo de familia, chaval de barrio, mozo, esposo, trabajador, padre, etc. y cada edad y cada rol tenían unas virtudes –lealtad, laboriosidad, valor– que guiaban esas vidas. Tareas vitales en las que se podía obviamente fracasar por debilidad de carácter, por lanzarse a los vicios o por simple acedia.

De igual modo que se era un mal relojero si uno no arreglaba bien relojes, podía ser un mal hombre. Pero en cualquier caso esos fracasos vitales eran etiquetados dentro de un contexto de relatos de vida como aventura de la libertad, en las que los errores eran a pesar de la cicatriz caracterial que dejaban y que hacían que el que cometía una mala acción ya no volviera a ser el de antes, algo elegido y construido. Por ello los vicios, las malas acciones de algún periodo de la vida siempre se podían reparar mediante el valor, las acciones altruistas, la voluntad o las virtudes en tareas de reparación que el grupo social ofrecía al margen de cualquier rol médico o profesional.

La medicalización de la carrera moral del adicto ofrece un experimento privilegiado de esas catástrofes éticas que las metáforas de la enfermedad producen: la decisión mas o menos informada de consumir drogas es descrita como una infección (contacto con el tóxico), la persistencia en el habito como curso clínico y las falsas decisiones de dejarlo como recaídas o fracasos terapéuticos, con lo que la falsa la conciencia del toxicómano tiene un punto de partida autoidentificatorio: ya no es fulanito con un montón de dilemas de autodefinición, sino un adicto en la que la tarea de la conseguir droga tapa el resto de tareas vitales.

La colusión con el técnico para definir su identidad de adicto, anticipar su carrera como enfermo profesional, para hacer girar su vida y la de sus próximos en vigilar y prevenir las recaídas cierran el acceso a la conciencia un proceso que es, en cambio, evidente: al negar la libertad de una conducta presidida desde siempre por la voluntad en la que la llamada curación se obtiene si se logra adquirir una norma moral –drogarse es malo y yo no lo voy a hacer mas porque siento justa vergüenza por mi pasado– se retrasa y rotula como terapia un proceso que siempre fue moral.

El horror y el error de esos toxicómanos que describen su contacto con instituciones de cura remarca esa falsedad: efectivamente si mi artritis no mejora debo consultar otro terapeuta, pero si no dejo un habito, el cambiar de programa o terapeuta no parece que contribuya a mi adquisición de habilidades de templanza. Responsabilizar de la no abstinencia a la ineficacia del método o la incapacidad del terapeuta no parece una estrategia cognitiva que ayude al adicto a salir de sus problemas ya que como digo, la cura se produce únicamente cuando el adicto se deshace del esquema medicalizado y percibe el carácter moral de su dilema con la adquisición de normas y vergüenzas que sujetan sus apetencias de drogas.

Cura, rehabilitación, prevención y cambio moral

Porque lo que realmente pasa cuando un toxicómano deja la droga no es que se cure de ninguna enfermedad. Por mucho gusto que se tenga en la tautología, si se obliga a definir con cierto rigor de qué enfermedad se libra el toxicómano acabamos donde empezamos: consume drogas porque es toxicómano y es toxicómano porque consume drogas y, entre medias, efectivamente todas las hipótesis son posibles, tantas como etiquetas psicopatológicas disponibles –son psicóticos, psicópatas, neuróticos– con adendas motivacionales psicodinámicas –buscan lo sadomasoquista, el placer de muerte, la dependencia continua a la muerte– pero todas las mediaciones no tapan el motivo final común de todo toxicómano: se droga porque quiere.

Sólo cuando el adicto se constituye como sujeto moral, en un proceso que escinde su yo en dos partes que deliberan sobre deseos y normas, adquiriendo esa competencia moral de guiarse por ellas incluso contra sí mismo como sujeto de deseo es cuando "se cura". Pasa desde aquel infame "todo esta justificado con tal de satisfacer mi deseo", que desde el relato bíblico del Rey David caracteriza el mal, a adquirir competencia moral para transformar y guiar su vida en torno al deber, la vergüenza o la culpa. En los relatos de los diversos procesos de cura de toxicómanos la mayoría de sus actos no merecerían sino el comentario de "debería darte vergüenza" o "¿no te da vergüenza?" que marcaban los antiguos procesos espontáneos de educación moral que proscribían al sinvergüenza como un invalido moral que debía ser excluido de la interacción normal.

Idénticos malentendidos semánticos existen en las metáforas medicas de Rehabilitación o Prevención aplicados al campo de las toxicomanías: existe un programa preventivo o rehabilitador cuando existe un factor específico y en relación causal con el trastorno del que intentamos evitar el daño, frente a los programas morales que siempre son inespecíficos

o banales prédicas de buena vida en general. La prevención de la sífilis paso a ser un criterio de prevención cuando no se limito a dictar consejos de vida casta sino cuando al saber del treponema logró especificar que contactos debían evitarse o la rehabilitación de una pierna adquiere tal nombre cuando es capaz de especificar si para tal lesión es mejor el calor y reposo o para tal otra movimientos con peso y frío.

Los llamados programas de prevención y rehabilitación de drogas se parecen a esas prédicas en las que el hilo conductor podría ser que "lo peor para la vista es tener los ojos malos" y por ello, no llegar o salir de la droga se relaciona con llevar vida sana, hacer deporte, establecer relaciones afectivas fuera del campo de las drogas y un largo etcétera que tiene más que ver con una conversión moral, con la adquisición de un nuevo estilo de vida que con la especificidad de un saber preventivo o rehabilitador (¿saben realmente algo distinto del saber común los preventores o rehabilitadores de toxicómanos?).

De tradiciones alcohólicas

Cuando Baterson analiza lo que realmente ha supuesto la técnica mas efectiva para controlar el alcoholismo –léase Alcohólicos Anónimos–, constata que lo que estos logran cuando tiene éxito su cura es un cambio de paradigma en su relación con el alcohol. Desde el "yo se beber, yo puedo con la bebida", al "la botella puede más que yo y sólo aceptando esta derrota como definitiva –nunca más podré volver a beber como una persona normal"– se puede salir del alcoholismo.

La adquisición de este paradigma sanador por parte de los padres fundadores de los AA no debería ser olvidado: mientras una serie de terapeutas prometen múltiples técnicas infalibles para lograr ser abstemios, Bill y su compañero siguen naturalmente bebiendo y sólo la confesión de impotencia e ignorancia de un honrado psiquiatra hace comprender a los

fundadores de Alcohólicos Anónimos la similitud de la cura del alcoholismo con la conversión religiosa y ver en el apoyo mutuo y la suma de las derrotas individuales, la única alternativa a la falsa esperanza de curación o ayuda medica o técnica.

Las curas en comunidades terapéuticas o proyectos religiosos parece indicar un trayecto similar en el logro de la abstinencia a drogas: a diferencia de una enfermedad real en que el más tonto de los médicos logra resultados superiores al más listo sanador *naif*, en este campo de las drogas, la pericia depende mas de la personalidad del terapeuta que de cualquier saber técnico. La protocolización de tratamientos en el campo de las drogas de nuevo solo tiene un carácter metafórico y no sería mala política hacérselo saber a los usuarios tan propensos a la sugestión como para creer que están recibiendo tratamientos o programas y no ayuda o guía moral.

Enfermedad o vicio

Parsons desarrolla en 1950 los criterios universalmente aceptados que delimitan el Rol de Enfermo y que básicamente estaría caracterizado por cuatro rasgos: a) pérdida involuntaria del control sobre sí mismo, b) percepción de su condición como indeseable, c) obediencia a las ordenes técnicas de cara a su recuperación, excusa por parte de la comunidad de las obligaciones esperadas por su rol y d) esperanza de recibir ayuda por parte de la comunidad hasta lograr mejoría.

Queda clara en la caracterización del rol de enfermo que las dos primeras características –involuntariedad del trastorno y disciplina curativa– son imprescindibles para merecer las dos siguientes de disculpa laboral y apoyo comunitario.

Apoyo comunitario que continua la difícil cuestión que articula el interrogante universal de los servicios sociales: la de separar los buenos pobres, –aquellos que los son por desgracia y merecen la ayuda– de los malos pobres, –aquellos que lo son por molicie o vagancia y

que, en el fondo, no quieren salir de su condición. Dilema que separa en un primer momento la caridad –que ayuda a cualquiera que pide, sin preocuparse de la utilidad o beneficio de esa limosna– de la filantropía o higiene pública que se preocupa de que la ayuda de todos no caiga en manos de gorriones. El triunfo del modelo higienista desde antes del siglo XVIII da lugar al nacimiento de las visitadoras de pobres y la posterior asistencia social, gérmenes del futuro estado del bienestar por desarrollo de la ley de pobres.

Los manuales de esas primeras visitadoras de pobres son verdaderas guías de detección de la voluntariedad de la pobreza que obviamente excluía la ayuda en la medida que esa vagancia o esa abulia no debían ser costeadas con el dinero de la caridad mal entendida que, si se ejercía con esos malos pobres, fomentaba vicios y reforzaba hábitos que debería reformar.

Si en ese dilema se movía la asistencia social al pobre, la detección del enfermo voluntario, del simulador o del gorrón es uno de los primeros dictados de las normas bismarkianas en el nacimiento de la medicina social que envuelve toda la polémica de la histeria y las sucesivas versiones psiquiátricas que se resisten a admitir al simulador consciente y a menudo exitoso en su engaño al psiquiatra, desarrollando diversas categorías sobre las ventajas primarias o secundarias que vendrían a matizar que fulanita es un poco simulador con el mismo rigor técnico que de podía afirmar que fulanita está un poco preñada.

Del No Sujeto o "¿a quien pertenece lo ocurrido?"

El relato de cualquier delito cometido por un toxicómano durante el proceso judicial se parecen a la Historia que el marxismo althusseriano propagó como científico frente a la ideología: se trata de un proceso sin sujeto y sin fines. En el proceso exculpatorio que relata la defensa, en base a informes psi, los actos mas premeditados y dotados de clara lógica

de provecho se atribuyen a unos entes tremendamente populares –"mono", síndrome de abstinencia, necesidad imperiosa– que terminan exculpando a un inocente portador de estos entes diabólicos que determinaban su conducta más allá de lo voluntario, mereciendo por ello disculpas más o menos parciales o totales de sus actos malvados .

El dilema de la inimputabilidad de un acto cuando se le despoja de todo el ropaje leguleyo es tan sencillo como decidir responder al pisotón del autobús con una bofetada o un "no se preocupe". Cuando aceptamos el "perdone, fue sin querer" y renunciamos a hacer reproches a quien nos ha pisado o incluso descartamos sentir rencor hacia él, estamos privando al agente del pisotón de su cualidad de sujeto, de persona intencional y razonamos quitándole la propiedad de su pisotón: no fue él como ser humano el que nos pisó, sino un móvil con su misma apariencia física impulsado por el frenazo del autobús.

Reprocharle el dolor que nos produjo tendría sentido si observáramos en él alguna intencionalidad o alguna imprevisión en su postura que le llevase a pisarnos.

La mayoría de los actos por los que litigamos tienen una polideterminación que dificulta enormemente esa apropiación de nuestros actos y los juicios por accidentes de tráfico son buena muestra de ese proceso: la culpa fue del firme, de la niebla, del coche y naturalmente mía.

La postmodernidad ha sido buen ejemplo de ese proceso de negación de un sujeto al que se considera una especie de intersección de causalidades físicas, económicas, sociales y los foros de justicia son buenos lugares de observación de ese proceso: la culpa de un asesinato la comparten las condiciones sociales de crianza, la propaganda de violencia en los *telefilmes*, los fabricantes de armas, los traficantes de drogas y un largo etcétera de modo que, al final, el asesino actúa como una especie de robot sin voluntad que asume en último caso un impulso irresistible a la puesta en acto por esa polideterminación de causas en las

que la droga es causa final.

Y de nuevo tenemos a las drogas en una nueva Metáfora de Mecanismos: de nuevo drogarse –etiquetado como Impulso Irresistible– significa algo similar a los movimientos de un coreico o un parkinsoniano en las que efectivamente el temblor o el andar no les pertenece en absoluto y en los que la conducta es robótica o expresiva de un defecto bioquímico e inexpresiva de cualquier proceso personal.

Por el contrario, la verdad del asunto es que "el impulso irresistible de drogarse" significa Fuerte Deseo de Drogarse y al sujeto de ese deseo le pertenecen todos sus actos ya que actúa por razón, ordenando sus actos uno detrás de otro según una secuencia lógica en el que el deseo actúa únicamente como motor de la voluntad que en nada se parece al desorden de la crisis psicomotora de una epilepsia temporal.

Aceptarse como sujeto o perderse en un largo discurso de metáforas invalidantes de su voluntad y, por tanto, de su libertad supone para el toxicómano un dilema fundamental. La primera opción le llevará por el buen camino de recuperar un discurso de propiedad sobre sus acciones en el que la ayuda externa supondrá pequeños apoyos a esa voluntad recuperada y en esa reconstitución como sujeto moral que le llevará avergonzarse en cada nuevo consumo, que le confirma como sujeto enviciado, con dificultades para salir del pantano de malas elecciones en que se metió.

La segunda opción le conducirá a contar su vida como una enfermedad y el proceso de drogarse como una especie de posesión con soluciones misteriosas que consisten en terapias o programas que consumen todo el tiempo de vida y que convierten los ritos de crecimiento en procesos terapéuticos que, por pertenecer a otros –los que saben por qué me drogo, los terapeutas–, fijan la desposesión de aquello que fue antaño mi conducta y, por tanto, mi vida.

En las adiciones sin sustancias es quizá donde el razonamiento toma tintes de esper-

pento y donde mejor se puede comprobar su absurdo. Sexólicos Anónimos se definen a sí mismos como gentes "que se han situado a sí mismos fuera del contexto de lo que llamamos lo bueno y lo malo. Han perdido el control y ya no tienen el poder de elegir. La lujuria se ha convertido en una adicción. Nuestra situación es como la de los alcohólicos que ya no pueden tolerar el alcohol y deben dejar de beber por completo pero su relación de dependencia es tan grande que ya no pueden lograrlo. Así sucede con los sexólicos o borrachos del sexo que no pueden tolerar la lujuria pero no pueden prescindir de ella [...] Así pues, para los sexólicos cualquier forma de relación sexual consigo mismo o con personas distintas a su cónyuge es progresivamente adictiva y destructiva [...] la verdadera sobriedad exige una victoria total sobre la lujuria que posibilite la verdadera libertad".

Parece difícil concentrar más un discurso de huida de la libertad, de materialización de un fantasma llamado lujuria con el que justificar mi pereza en resistir el universal deseo de ligar. Y para que continuar con los adictos al juego o las *addictive relationships* o los mil grupos que conjugan diversas partituras de ese "no soy libre", que cantan esas masas mientras transitan por caminos de servidumbre.

Nuevas instituciones totales: exculpación y despersonalización.

La psicologización de la ética que nombrábamos en otras líneas de este artículo tiene su concreción institucional en la transformación que todos los roles que antaño tenían que ver con el *vigilar* y *castigar* han sufrido para transformarse en rehabilitadores o psicólogos. Jueces, carceleros, confesores no juzgan ni vigilan, ni penitencian sino que rehabilitan, y si encarcelan, condenan o confiesan es para realizar mejor esa función de rehabilitación y resocialización.

Lejos de mí la nostalgia por los gremios del castigo. Pero esa blanda desposesión del momento individual de una acción, esa descomposición del sujeto en un conjunto de

informes de pedagogos, asistentes sociales, psicólogos y otros "expertos" en los que hoy se ha disuelto la antigua función punitiva, no puede sino incapacitar a un individuo para afirmar la autoría de su vida y emprender su reforma desde una inevitable asunción del daño causado.

De ahí que nada sea más nauseabundo que esa exculpación en la droga del tirón dado a una vieja que ya nunca caminará igual por la calle, o ese no compadecerse del dolor de la víctima ya irreparable, del que solo cabe arrepentirse y vivir moralmente con el dolor de haber causado el mal. Porque ese era una de las enseñanzas básicas del antiguo sujeto moral: que tras haber dañado a un semejante, únicamente cabe la culpa pues ninguna reparación es posible del dolor ya causado y solo cabe vivir para siempre con esa vergüenza (de ahí la reflexión antes de cometer el acto) que exige de los sujetos morales (los héroes de Conrad o los detectives privados de la novela negra), estar toda la vida reparando con el discurso del sacrificio altruista "aquella vez" que se fue cobarde o malvado o inductor de alguna catástrofe.

Echo en falta ese momento de la asunción de la culpa, de la petición de perdón a las víctimas en esos programas de victimización por la droga en los que, lejos de una actitud reparadora del mal causado, la actitud del toxicómano y sus valedores es una especie de búsqueda de ventajas. El haber sido toxicómano parece dar derecho a privilegios de cara a obtener formación laboral o posibilidades de inserción laboral o incluso adquisición de viviendas. Mientras la templanza exige en la biografía de cualquier joven el duro camino del mercado, la etiqueta de toxicómano es una especie de diploma al revés que permite la circulación social por una serie de circuitos de cierto privilegio, como el trabajo municipal o la residencia protegida.

Psiquiatras como dobles agentes morales en las toxicomanías.

Cuentan las memorias de espías que, alguna vez, un agente doble en medio de ese tráfico de información entre dos potencias enemigas que constituye la moderna tarea de espiar, entra en tal confusión de lealtades que no saben en realidad cual es su bandera o al servicio de quien se encuentra.

El trabajo de los psi con toxicómanos algunas veces plantea un conflicto idéntico, al enfrentar por ejemplo los principios éticos más elementales –confidencialidad o beneficencia con el paciente– al interés de los que sufren los desmanes y delitos del toxicómano. Delitos que abarcan desde el robo a su familia o engaños a otras agencias médicas para obtener fármacos, hasta delitos de violencia admitidos con la naturalidad de una forma de vida (tirones de bolsos, robo de coches, etc.) en cuya protección, deberíamos estar obligados a denunciar al paciente en cuanto autor de un delito.

El toxicómano parece estar seguro de la superioridad de los principios de confidencialidad ya que suele contar en las consultas, y así aparece referido en las historias clínicas, sus fechorías como tareas cotidianas a las que su hábito obliga. Así describe robos o falsificaciones poco menos que como actividades profesionales justificadas por su necesidad de pagarse la droga. El mudo asentimiento psiquiátrico parece consentir dicha posición –él que no tiene más remedio que trapichear o robar– que se ve corroborada cuando al ser detenido por algún delito siempre aparece un informe psiquiátrico que disminuye el castigo a sus faltas por el mérito de ser toxicómano.

La paradoja moral en términos pragmáticos no deja de ser chocante: si el producto de un robo se emplea en la compra de coches o fincas o en darse a la lujuria parece mucho más grave que si el mismo acto tiene como motivación emplear el botín en el consumo de drogas, como si un vicio fuese superior a otro (bien es verdad que últimamente los juegos de azar gozan también de cierta bula, al ser adicciones conductuales).

Y ahí de nada vale el juicio personal del psi-

quiatra mientras trabaje en lo público: si el etiquetado de enfermo sigue siendo la categoría que determina la ayuda a toxicómanos y todas las metáforas de historia clínica, tratamiento, recaídas siguen siendo las formas de leer las vidas de los toxicómanos, el psiquiatra se vera implicado en complicidades directas o indirectas con algunas de las más abyectas conductas que pudo imaginar e incluso se le pedirá que atienda al portador de esas conductas mostrándose técnico, afectivo y neutral.

Estas actitudes constituyen un insulto a la integridad moral y a la razón del psiquiatra cuya neutralidad frente el mal no puede representar más que una caricatura de un agente moral que nunca debería jugar con dobles principios.

El toxicómano en el espectro de los trastornos ficticios

Las más variadas interpretaciones sobre el significado de las toxicomanías han sido escritas tanto en el campo de la psicopatología, tratando de acercar el grupo toxicómano a las psicosis, los trastornos afectivos, las psicopatías o las perversiones, como en la psicodinamia y la terapia, interpretando el deseo de droga como deseo de muerte, de fusión objetiva, de regresión libidinal sádico anal.

Rara vez, en cambio, se ha acercado el grupo Toxicómano al grupo de los Trastornos por Simulación, por más que sus conductas externas sean enormemente similares: peregrinación por diversos hospitales y servicios contando mentiras, manipulación de la candidez de sanitarios y parasanitarios, autoetiquetado de diversas enfermedades de cara a lograr ventajas y un largo etcétera que quedaría patente por la coincidencia con los cuatro primeros rasgos que Feldman propone en su último libro para reconocer lo que él llama el *spectrum of fictitious disorders* y que espero resulte familiar a cualquiera que trate con toxicómanos.

En los trastornos por simulación, dice Feldman, los signos y síntomas de una enfer-

medad no son controlables ni predecibles: hay una continua escalada y desescalada de los mismos que ningún test es capaz de predecir. La magnitud de los síntomas subjetivos excede la patología objetiva y hay una evidente disociación entre la actitud de queja exagerada en el paciente y la perspectiva clínica.

Alguno de los signos encontrados en los simuladores han sido autoinducidos o provocados por el paciente que miente en su cronología o establece conexiones etiológicas falsas.

Existe una desproporción evidente entre el gran número de consultas y esfuerzos de tratamientos con la extrema pobreza de los resultados. La mejoría o empeoramiento parece seguir un curso indiferente de la inversión terapéutica.

Podríamos seguir enumerando bastantes más analogías entre las toxicómanas y los trastornos por simulación, pero el razonamiento que intento esbozar tiene menos que ver con un cambio de etiquetado y más que ver con la similitud de actitud ética que nos permite la analogía entre toxicomanía y simulación.

Y es que en la medida que el falsario está rompiendo la Veracidad, es decir la primera de las características de la relación médico-enfermo, él mismo se está excluyendo de las ventajas éticas –confidencialidad, beneficencia– que amparan dicha relación. Con lo que impedir la malevolencia de los simuladores y toxicómanos haciendo circular sus historiales, descubriendo su falsificación de recetas o previniendo de sus robos a familiares o policías, lejos de romper nuestros códigos éticos, los confirman al sacarnos de esa doble lealtad que comentábamos en el apartado anterior: todo paciente que no acepte ese marco que presupone la relación médico-enfermo deja de poder ampararse en sus beneficios.

Del tratamiento en la comunidad a la búsqueda de un lugar en ninguna parte.

Cuando escribo estas líneas aún no se ha resuelto un conflicto que enfrenta a los veci-

nos de un barrio gijonés con su propia asociación de vecinos y con las autoridades que pretenden crear un centro de tratamiento a toxicómanos del barrio lo más cerca posible de los usuarios, como mandan los cánones comunitarios.

Las protestas vecinales han adquirido una gran capacidad de movilización impidiendo las obras y generando un movimiento popular digno de mejor causa en el que "patrullas de vecinos jubilados" montan guardia día y noche para impedir la creación por sorpresa del centro.

En el mismo sentido y también en Gijón, otra UTT fue incendiada en el barrio pionero en la instalación de unidades de tratamiento a toxicómanos. Indudablemente el problema ni es nuevo ni específico de nuestro medio y con el nombre de "No en mi patio trasero" había ya sido descrito hace una decena de años en trabajos americanos para ejemplificar las paradojas del egoísmo racional que reconocía la necesidad de determinados centros a condición que no estén en mi vecindad.

En general esa posición del egoísmo anticomunitario-individualismo racional- que razona en función de sus intereses más inmediatos sin ningún cálculo del "interés general" es el substrato de algunos de los equívocos y fracasos de los bienes públicos que, cuando se colapsan por sobreuso, dejan de ser bienes, como ocurre en las urgencias médicas colapsadas por procesos banales. Es al tiempo un argumento muy apreciado por Olsen en su formulación del "Principio del gorrón" que desde su formulación trae de cabeza a la sociología de orientación comunitaria, toda vez que de la acción comunitaria siempre se aprovecharía quien no participase en los esfuerzos y si en los provechos. Gijón, con sus resistencias y quemas de los centros para toxicómanos, no sería una excepción a ese proceso más que por su belicosidad, que roza la caricatura cuando unos rústicos vecinos del Campo Asturiano, se oponen a la creación de un asilo para moribundos, porque sus tiernos hijos podrían traumatizarse al ver algunos entie-

ros en la proximidad de tan salutífera aldea.

De nuevo estamos ante un conflicto ético de difícil solución, entre unos vecinos que sobrevolarán los peligros de un centro de salud que concentra toxicómanos, siempre cerca de alguna escuela, y desencadena la fantasía de los escolares pervertidos por caramelos llenos de drogas, junto a no sobrevaloradas ideas de disminución del valor de sus pisos y locales con dicha instalación y unos toxicómanos que quieren tener tratamiento lo mas cerca posible de su comunidad, pero que si tienen que recibir dicho tratamiento protegidos por los guardias, poco beneficio comunitario van a recibir del mismo.

El deseo de extraterritorialidad del centro, la furgoneta que a diario reparte sus dosis de metadona en el solar vacío, resume bien el lugar asignado a la reinserción del toxicómano en el imaginario popular. El toxicómano debe recibir su tratamiento allí, en ninguna parte, mientras se rehabilita y solo cuando los técnicos aseguren su no peligrosidad puede volver a convivir con los demás en condiciones de normalidad.

Y de nuevo la metáfora tóxica de la peligrosidad del toxicómano se extiende a la totalidad del campo psiquiátrico y los vándalos atacan hospitales de día o pisos protegidos bajo pretexto de asocialidad de los pacientes que "son sucios o piden cigarrillos y no deben salir de los hospitales hasta que no estén bien" que dicen en las encuestas sobre actitudes ante la enfermedad mental.

El gran dilema: legalizar o pagar drogas a prorrato.

Como es conocido los programas de limitación de daños con heroínómanos representan literalmente una escena mil veces satirizada en la que la heroína, adquirida por el estado con el dinero de todos, es distribuida de forma gratuita a aquellos toxicómanos que son "refractarios a otros tratamientos".

De nuevo los adjetivos no son inocentes y los

términos "tratamiento" o "refractario" encubren una actividad que, expresada en el lenguaje común, se entiende mucho mejor: una serie de consumidores de una sustancia prohibida por la ley, desean ese consumo por encima de todo hasta el punto que dicho apetito de tóxico constituye el centro de sus vidas. Por la prohibición, han llevado habitualmente una vida de delitos repetidos y para evitarlos logran que dicha sustancia les sea regalada por la Administración, so pretexto de que así disminuyen tanto los delitos como los gastos sanitarios que la falta de higiene del consumo clandestino produce. Paradoja moral similar a pagar la protección mafiosa para evitar los daños que dicha actividad produce.

La paradoja tiene otras formulaciones: lo que en la esquina tendría un carácter delictivo, adquirir y tomar heroína, se transforma en un acto terapéutico si se realiza en un centro de salud. Misterios del contexto bastante difíciles de entender sin ese prejuicio de mantener la ilegalidad a toda costa y la incapacidad por parte del Estado de asumir la disminución del consumo por otras vías, como en el caso del tabaco, donde la presión para dejar de fumar se realiza por medios éticos, estéticos y de presión social que se están mostrando útiles para disminuir sensiblemente las cifras de fumadores, mientras las campañas prohibicionistas sobre drogas no muestran idénticos resultados.

Pero ya se opte por una u otra vía, desacralizar esas metáforas médico-sanitarias que rodean el universo de los consumos tóxicos podría facilitar a nivel psicológico deshacer el misterio de la voluntad perdida, descentralizar del mundo médico-psiquiátrico los dilemas de la libertad de conseguir una buena o mala vida, desmedicalizar territorios que solo a la moral competen y devolver a cada individuo la libertad y la obligación de asumir los riesgos vitales en sus elecciones, sin presumir que en caso de desgracia un técnico va a reformular y resolver de forma profesional las consecuencias de su drama vital.



BIBLIOGRAFÍA.

- Althusser, L.; *L'avenir dure long temps*; París: Maspero, 1990.
- Austin, J. L.; *Sentido y percepción*, Madrid: Tecnos, 1981.
- Bruckner, P.; *La tentación de la inocencia*, Barcelona: Anagrama, 1996.
- Baterson, G.; *Moral y carácter nacional*, Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1964.
- Dawkin, R.; *El gen egoísta*, Barcelona: Salvat, 1981.
- Feldmann, W.; *Drugs, addiction and behaviour*, Nueva York: Bas. Books, 1991.
- Heidegger, M.; *Caminos que no llevan a ninguna parte*; Madrid: Gredos, 1951.
- Mattuseck, K.; "Strategy and Identity", *Social research*, n° 52, pp. 663- 716.
- Marina, J.A.; *El misterio de la voluntad perdida*, Barcelona: Anagrama, 1997.
- Olson, M.; *La lógica de la acción colectiva*, México: Limusa, 1992.
- Parson, W.; *Merton: consenso y controversia*, México: Limusa, 1980.
- Strawson, P.; *Libertad y resentimiento*, Barcelona: Paidós, 1990.
- Tylor, M.; "Racionalidad y acción colectiva", *Zona Abierta*, n° 55, pp. 69-113.
- Páginas web:
Sexólics anónimos: [www. sa. org](http://www.sa.org)
Addictive relationships: www. postdam. edu