



PSICOANÁLISIS Y TOXICOMANÍAS

José González Guerras¹

Instituto de Psicoterapia Relacional, Salamanca, España

El presente trabajo revisa diferentes puntos de vista sobre el consumo de drogas desde el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Se realiza un recorrido por diferentes autores de diferentes escuelas psicoanalíticas sobre la etiología del consumo de drogas, teniendo en cuenta tanto la neurobiología de las adicciones, como el punto de vista psicológico, así como los diferentes tipos de personalidad y psicopatología de las personas que consumen drogas. Se finaliza este recorrido con una propuesta a la hora de prevenir y tratar este problema, teniendo en cuenta los puntos en común que diferentes autores desde diferentes escuelas proponen a la hora de entender la psicopatología, así como la etiología del consumo para los diferentes pacientes que acuden a consulta por un problema de drogas.

Palabras clave: Psicoanálisis, Toxicomanías, Psicoterapia Psicoanalítica, Prevención.

This article reviews different points of view on drug usage, from the perspective of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. A review of the authors of different psychoanalytic frameworks is carried out in relation to the aetiology of drug use, encompassing aspects from the neurobiology of addictions and its psychological effects, as well as the different types of personality and psychopathology of the people that consume drugs. This review concludes with proposals for the prevention and treatment of this problem, and takes into consideration the common aspects of the points of view of different authors and frameworks that were suggested in order to help understand the psychopathology, as well as the aetiology of drug use for the different patients that come to a psychologist's office in relation to a drug problem.

Key Words: Psychoanalysis, Drugdependence, Psychoanalytic Psychotherapy, Prevention.
English Title: Drugdependence and Psychoanalysis.

Cita bibliográfica / Reference citation:

González Guerras, J. (2008). Psicoanálisis y Toxicomanías. *Clinica e Investigación Relacional*, 2 (1): 146-164. [ISSN 1988-2939]

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/anguage/es-ES/Default.aspx>]

DIFERENTES PUNTOS DE VISTA SOBRE LA ADICCIÓN.

1) Causas del deseo de consumir droga.

El punto de vista neurobiológico.

La actualización de los conocimientos neurobiológicos de las adicciones plantea que tras el uso crónico de sustancias se producen unas modificaciones a nivel cerebral de larga duración que explicarían gran parte de las conductas asociadas a la adicción, como la compulsividad en el consumo, o la concentración del interés en torno al consumo con el abandono de otras áreas, Volkow y Li, 2004.

Estudios de neuroimagen cerebral recientes han revelado una disrupción subyacente en regiones que son importantes para los procesos de motivación, recompensa y control inhibitorio. Anomalías en la corteza orbitofrontal (región cerebral relacionada con la conducta compulsiva) y en la circunvolución anterior del cíngulo (área cerebral relacionada con la desinhibición) pudieran estar tras la naturaleza compulsiva de la administración de la droga en los adictos o en su incapacidad para controlar las ansias de consumir cuando se encuentran expuestos a las drogas. Así aunque inicialmente la experimentación y el uso recreativo de drogas es voluntario una vez se establece la adicción este control se ve afectado notablemente.

Veremos en el apartado de prevención la influencia que tiene el entorno socio-emocional del niño en la constitución de estas regiones cerebrales, lo que también estaría en relación con la actual sociedad narcisista y consumista, “lo quiero y lo quiero ya”, por tanto es más fácil no tolerar la frustración y la no reflexión.

Para que se desarrolle la adicción se requiere la exposición crónica a la sustancia e implica interacciones complejas entre los factores biológicos y ambientales, lo que podría explicar porque unos individuos se vuelven adictos y otros no, así como el fracaso de modelos puramente biológicos o puramente ambientales a la hora de intentar comprender estos trastornos.

Recientemente se han producido importantes descubrimientos sobre el modo en que las drogas afectan a la expresión genética, a los productos proteicos y a los circuitos neuronales, y sobre como dichos factores biológicos pueden afectar al comportamiento humano M. de Icteta, (2005).

Diversas conductas normales durante la adolescencia, como la toma de riesgos, la búsqueda de novedades o la respuesta a la presión de grupo; incrementan la propensión a experimentar con drogas legales o ilegales, lo que pudiera ser un reflejo de un desarrollo incompleto de determinadas áreas cerebrales (por ej. mielinización de algunas regiones del lóbulo frontal) implicadas en los procesos de control ejecutivo y motivación.

La pregunta sería por qué hay chicos que no sucumben a la presión de grupo, o son conscientes de los riesgos que conllevan ciertas situaciones, tomando el control sobre lo que quieren o no quieren experimentar. Esto lo abordaremos cuando hablemos de la prevención, pero a modo de anticipo y en relación con lo que iremos viendo creo que es muy importante el papel que los cuidadores primarios tienen en la educación de sus hijos. Lo que a su vez nos hablaría de la importancia del medio ambiente (el entorno) a la hora de que se desarrollen o no determinados procesos neurobiológicos.

Siguiendo con los procesos neurobiológicos, hoy sabemos que los incrementos de dopamina (neurotransmisor relacionado con predicción de la recompensa y con la

relevancia, definida esta como capacidad para producir una activación o desencadenar un cambio atencional-conductual) inducidos por las drogas facilitan el aprendizaje condicionado, por lo tanto los estímulos neutros que se asocian con la droga quedan condicionados, por ej. encuentros con cierta gente, lugares como discotecas, etc.; yo añadiría a estos estímulos los estados afectivos y emocionales que en muchas ocasiones acompañan al consumo de drogas y que de igual manera entiendo que pueden quedar condicionados. Una vez condicionados pueden por sí mismos incrementar la dopamina y desencadenar el deseo de consumir, lo que explicaría el riesgo de las personas con una adicción a recaer cuando se exponen a un entorno en el que previamente se ha consumido la droga, y englobaría parte de lo que Ingelmo y cols. han denominado el “contexto drogado” Ingelmo y cols. (2000) citados por M. de Iceta.

Robinson y Berridge, (1993) y la teoría de la sensibilización al incentivo. Estos autores intentan ubicar el impulso a consumir drogas dentro de las vías mesotelencefálicas de dopamina del cerebro, ya que estas incrementan su neurotransmisión. Una función psicológica de este sistema neural es atribuir carácter de incentivo a la percepción y representación mental de los acontecimientos asociados con la activación del sistema. El uso repetido de drogas adictivas produce modificaciones graduales en ese sistema neural haciéndolo cada vez más sensible a ellas y a los estímulos relacionados. Esta sensibilización al incentivo transforma el deseo ordinario en “deseo compulsivo”.

Después de suficiente exposición, el placer de las conductas adictivas se vuelve irrelevante ya que el sistema neural deseante está construido para estimular al organismo a conseguir un objetivo, por tanto lo que sigue es el consumo compulsivo de droga a pesar de los fuertes efectos adversos, pérdida de trabajo, del hogar e incluso el bajón que algunos consumidores sienten después del consumo. Esto explicaría el fenómeno clínico común de que los pacientes dicen que a ellos no les “gusta” fumar cigarrillos o consumir cocaína y al mismo tiempo sienten intensos deseos que aparentemente solo pueden ser satisfechos mediante el consumo de la droga.

Esto, entiendo, nos podría llevar a la reflexión sobre las diferencias interindividuales en la vulnerabilidad de este sistema, vulnerabilidad interindividual que a su vez estaría desde un principio en interacción con el medio ambiente.

La adicción como intolerancia a los afectos.

Khantzian y la hipótesis de la automedicación. Este autor plantea la hipótesis de que la preferencia por una droga supone algún grado de especificidad psicofarmacológica. Los opiáceos atenúan los sentimientos de cólera o violencia, el alcohol y los depresores del SNC alivian los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad y los estimulantes (anfetaminas, cocaína, etc.) mejoran la hipotonía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y los déficits de atención.

Khantzian considera su trabajo como una ampliación del trabajo de la psicología del Self, especialmente Kohut (1971, 1977) y localiza los orígenes de la incapacidad para regular los afectos en la infancia temprana y en un fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres, Khantzian (1995). Esta capacidad se desarrolla a partir de los cuidados y protección prodigados por los padres desde la temprana infancia (Winnicott, conceptos de sostenimiento, madre suficientemente buena, etc.) y posteriormente a través de las interacciones entre el niño y sus padres. Debido a que carecen de estas internalizaciones, las personas adictas no pueden regular la autoestima o las relaciones, ni cuidar de sí mismos.

Este énfasis en la intolerancia a los afectos relacionada con fallas tempranas en el desarrollo es similar al de Zinberg (1975) y Cristal (1988, 1995; Cristal y Raskin 1981). La diferencia está en que Khantzian considera la falta de autocuidado o autocontrol como un defecto del yo, como una función que nunca se desarrolló, mientras que Cristal considera el autocuidado como habiendo sido prohibido por una figura parental excesivamente controladora, (por lo que en el origen también estaría la falla en los cuidadores) por tanto los individuos adictos serían completamente capaces del autocuidado, “pero creen que si tomarán el control de sus funciones vitales o afectivas, las cuales creen que pertenecen a la madre, estarían realizando una trasgresión punible con un destino peor que la muerte”, Cristal (1995 p.85).

La hipótesis de la automedicación se confirma constantemente cuando se escuchan los relatos que hacen los pacientes de cómo responden a los estados afectivos intolerables mediante el uso de drogas.

Dodes (1990, 1996) sugiere que las personas adictas tienen una vulnerabilidad narcisista a sentirse abrumadas por experiencias de impotencia / indefensión. El papel central de la impotencia / indefensión en la creación del trauma psíquico es citado por Freud (1926, pp 166-177). Wurmser (1978) cita la impotencia / indefensión como una dinámica adictiva central creada por una vergüenza abrumadora.

Dodes cree que la puesta en funcionamiento de la conducta adictiva sirve para restaurar un sentimiento de potencia contra la vivencia de impotencia / indefensión. También sugiere que las adicciones son formaciones / soluciones de compromiso idénticas a las compulsiones. Por medio de la conducta adictiva se restaura un sentimiento de poder como reemplazo a la reafirmación de poder en el mundo real.

Para Dodes la comprensión empática de que los pacientes han sido traumatizados por la impotencia y que están respondiendo de una manera desubicada nos permite hacer intervenciones que posibilitan valorar el impulso sin alentar la conducta:

- el impulso agresivo de controlar la propia existencia con integridad no es nada de lo que hay que avergonzarse;
- el paciente necesita luchar para ser consciente de lo que realmente quiere en lugar de permanecer dominado por las respuestas adictivas;
- los conflictos y vulnerabilidades con respecto a la reafirmación del Self y la dificultad de tolerar la impotencia cuando sería necesario hacerlo tienen su origen en experiencias de la infancia que necesitan ser recordadas y elaboradas en el tratamiento.

La adicción como sustituto del objeto.

La formulación original de Winnicott del objeto transicional (1951) describía a este como una adicción.

Kernberg (1975) describe diversas dinámicas objetales en la adicción: puede reemplazar a una imago parental en la depresión, o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o puede alimentar un sentimiento grandioso del Self en el narcisismo. Todo va a depender de la historia previa del paciente, siempre relacionada con el tipo de relaciones, vínculos que ha establecido con su familia.

Wurmser (Ej. 1974, 1978, 1981) incluye a la dinámica de la dificultad de internalizar las interacciones con los padres como formando parte del funcionamiento efectivo del Superyo, lo que trae como resultado la alternancia entre el sometimiento a prohibiciones internas poco razonables y las conductas adictivas rebeldes y completamente desordenadas por otro.

La negación de la adicción tiene la función de proteger la relación con la adicción. La

negación es parte de la fisiopatología de la enfermedad (Johnson y Clark 1989).

La no internalización de la permanencia del objeto, Johnson (1993).

Los individuos adictos no son capaces de satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una relación humana y no son capaces de tolerar el estar solos; su necesidad de permanencia del objeto se provee mediante cualquiera de las actividades compulsivas elegidas. Se elige una adicción en particular en función del entorno y del género y puede cambiarse cuando las condiciones ambientales varían.

Un defecto que ocurre durante el desarrollo preedípico se hace manifiesto como una adicción durante la adolescencia debido a que el adolescente necesita dejar a sus padres y sin embargo carece del desarrollo interno para sobrevivir sin ellos. El adolescente no tiene un sentimiento de confianza en la permanencia del objeto, Johnson (1993). Por tanto Johnson sugiere que los niños que sufrirán adicciones no internalizan la permanencia del objeto durante el periodo preedípico y tienen un temor específico de que sus impulsos agresivos puedan destruir los objetos propios en los que confían.

La falta de capacidad para usar las prohibiciones del Superyo (al no haber podido ser internalizado este debido al ambiente creado por los cuidadores, Lyons - Ruth, 1991) hace que sus impulsos agresivos se vuelvan atemorizantes. Años después, deben enfrentarse con la necesidad de separarse de su familia de origen y responden adquiriendo una adicción. La ansiedad de aniquilación previamente experimentada ha cedido su lugar a la relación idealizada con una conducta adictiva.

La conducta adictiva como medio de evitar la experiencia interna de abandono, Kernberg, (1975).

El uso de una adicción es semejante a los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas de Kernberg (1975). En el narcisismo, la falta de capacidad para tolerar la soledad se resuelve por la dependencia en un conjunto interno organizado de fantasías idealizadas que permiten al individuo ser indiferente a las idas y venidas de las relaciones reales, Volcan (1973). En un individuo con personalidad borderline, la inestabilidad afectiva activa una necesidad constante y desesperada de ser consolado y tranquilizado por una persona idealizada. En la adicción, la relación no es con fantasías internas idealizadas ni con personas idealizadas sino, más bien, con una conducta adictiva idealizada. El individuo se aferra a la conducta adictiva como medio de evitar la experiencia interna de abandono.

Aspectos comunes de los tres puntos de vista anteriores.

Los trabajos de estos autores consideran completamente errónea cualquier sugerencia de que la adicción es impulsada por un deseo de placer.

- El modelo de Sensibilización al incentivo sugiere que el camino mesotelencefálico lleva a desear compulsivamente y que el placer pronto se vuelve un factor irrelevante en el uso adictivo de la droga.
- El modelo de la intolerancia a los afectos afirma que la falta de habilidad para manejar los estados afectivos tiene como resultado la huida recurrente hacia los estados alterados producidos por la droga.
- Según el modelo de la adicción como sustituto del objeto, la falta de capacidad para usar las relaciones internas o externas tiene como resultado la necesidad constante de conductas adictivas como objetos transicionales.

La impotencia / indefensión es considerada como un estado afectivo clave en los

modelos psicoanalíticos. Dodes (1990) sugiere que la impotencia intolerable es el resultado del trauma psíquico de sentirse abrumado por cualquier estado afectivo que cada individuo encuentre como más problemático. Entonces como sugiere Khantzian, en su modelo de automedicación, la función de las drogas es evitar ciertos afectos intolerables. La persona adicta queda frente a la elección entre el sometimiento impotente a la autoridad interna o externa o la rebeldía desafiante contra ella, ya que es incapaz de manejar los afectos de otro modo.

Estas tres perspectivas son explicaciones frecuentemente coincidentes y complementarias, ya que en uno u otro momento una de estas dinámicas puede aparecer de forma más destacada como fuerza motivacional.

2) Valor simbólico de la droga y significación de la experiencia con la droga.

Freudianos.

Forma de gratificación oral o de un “sustituto del pezón” por la leche inconscientemente deseada representada en el objeto causa de la adicción.

La droga imaginariamente, representa para el adicto la conquista de la madre fusional, de acuerdo al modelo del yo ideal del narcisismo primario. La censura no se presenta, no existe o, simplemente, no se acepta.

El deseo vehemente y sobre todo repetitivo de intoxicación compulsiva constituye para Freud (1897) la sustitución del acto masturbatorio, en la medida en que es un impulso, al que aún cuando se quiere reprimir se le impone al sujeto de una manera compulsiva. Así Freud encuentra un vínculo entre la sexualidad y el consumo imperativo de drogas.

Cualquier estado de modorra producido por las drogas es similar al estado que produce la tetada de la madre a su niño de pecho.

Kleinianos

Para los toxicómanos la droga es un “objeto simbólicamente ideal” (Klein, 1932) que adquiere particular intensidad entre aquellos individuos que se encuentran fijados a su objeto primario de los tres primeros meses de vida, representado en el “pecho bueno – pecho malo” de la posición esquizo-paranoide (1946). En esta posición el estado del Yo es esquizoide: débil, frágil y desorganizado. Es así que la droga puede simbolizar tanto el pecho bueno como el pecho malo. En el primero de los casos el adicto la utiliza para producir estados de modorra que conducen al sueño. En el segundo la droga simboliza una identificación con los objetos malos, destructivos y persecutorios, la droga pasa a formar parte de aquellos estados de agresión, de enfado y de insatisfacción en los adictos.

Lacanianos

Señalan que la adicción a las drogas se trata de una identificación con el “objeto a” del “registro de lo imaginario” (1949) registro donde el lactante se identifica con la imagen materna de la que eternamente quedará atrapado e intentará aproximarse a ella por distintas vías durante toda su existencia. Una frustración del vínculo con la madre (vínculo representado en el “objeto a”) acarrearía una imposibilidad de recrearla en forma adecuada y por ende no se podría simbolizar lo que culturalmente se encuentra establecido: la ley, las normas, las costumbres tanto familiares como sociales. Es por esto que el drogadicto consumiría para sumergirse en un estado de ideal sostén que recree la imagen complaciente en el aquí y ahora. También como en el modelo Freudiano bajo el estado de embriaguez por la droga el sujeto logra dominar la represión, posibilitando la expresión de su goce.

Desde esta escuela también la toxicomanía adquiere una dimensión sexual, simbólica y significativa: se convierte en “un llamado al otro”, en un reclamarle a la figura paterna atención, cuidados y afecto (el drogadicto se queja de que su padre no lo comprende ni lo ama). Es como si el drogadicto se quejara para llamar la atención del padre, para que este interviniera disipando los motivos de dependencia que existe entre el sujeto drogadicto y su “objeto a”, el vínculo fusional con la madre.

PERSONALIDAD TOXICÓMANA SEGÚN LAS DIFERENTES ESCUELAS PSICODINÁMICAS.

Freudianos

Freud (1915) encontró similitud entre la intoxicación alcohólica y los “estados maníacos”; la intoxicación no solo produce en la mayoría de los casos una sensación de bienestar transitorio, ya que una vez pasado este episodio el sujeto toxicómano experimenta un sentimiento de hundimiento, de pérdida de voluntad y de tristeza que provoca la compulsión a la repetición.

Ferenczi (1911) habla de una especie de “locura circular”, algo que se mueve en derredor y se repite.

S. Rado (1926) hay un circuito de relaciones cíclicas entre una temática depresiva y una forma de euforia artificial.

En la mayoría de estos autores hay un acuerdo sobre los componentes homosexuales en estas personas. K. Abraham (1908) encontró, además algún tipo de perversiones como la escoptofilia.

V. Tausk (1913) y S. Rado (1926) hallaron un marcado narcisismo.

La relación entre neurosis y la personalidad alcohólica fue tratada por S. Ferenczi (1911) y también por el mismo Freud (1986; 1927).

Kleinianos

Estos autores hacen referencia a trastornos de tipo cicloide; existe cierta similitud entre la adicción a las drogas y la enfermedad maníaco – depresiva.

H. Rosenfeld (1960). La comprensión de la psicopatología específica de la drogadicción debe surgir no solo del estudio de las neurosis, sino también de las psicosis de transferencia, es decir de todas aquellas representaciones imaginarias que el drogadicto vuelca sobre su terapeuta.

E. Guamer (1978) habla de individuos tristes y melancólicos durante el estado de “hambre por la droga” pero que una vez satisfechos se tornan alegres, amables y activos.

E. Kalina (1987) afirma que la “depresión melancólica” es sentida como aniquiladora, por lo que el individuo ingresa de este modo a una modalidad maníaca y suicida de conducta. Al no tolerar la insoportable realidad, consume drogas para aligerarla o solo distanciarse de ella. Para E. Kalina la drogadicción es siempre una conducta psicótica que tiene la estructura de un estado delirante, es decir, de desvarío de la propia personalidad.

Algunos de estos autores encuentran los siguientes rasgos secundarios:

- D. Rosenfeld (1971) rasgo narcisista de la personalidad del toxicómano. También encontró ciertas actividades promiscuas y sádicas.
- H. Rosenfeld (1960) habla de una homosexualidad secundaria.
- E. Guamer (1978) halló algunas tendencias masoquistas. El autoaniquilamiento que se dosifica el propio drogadicto nos hace suponer, más bien, una especie de “sadomasoquismo cíclico”.

Lacanianos

Desde J. Lacan la personalidad del toxicómano se aloja en la estructura diagnosticada como perversa. La constante transgresión de la Ley tanto familiar (edípica) como del resto del mundo, nos hace suponer que el toxicómano se niega a aceptar la “no fusión perpetuada” plena y sin límites con todo lo que represente a la figura materna, es decir, que no acepta la castración, el corte, las prohibiciones de la figura paterna (aquí tanto la figura materna, como la paterna no tienen nada que ver con los sexos).

S. Le Poulichet (1987) dice que son sujetos maníacos que encuadran también dentro de algunos tipos de psicosis y neurosis. El sujeto toxicómano neurótico es un individuo que utiliza la droga para evitar una realidad, no para elaborarla y transformarla como sucede con el psicótico como tal. Son muy comunes los casos en que el sujeto se intoxica para tratar ciertas situaciones, un grupo de gente nueva, una ceremonia. La timidez, antes o después del consumo de drogas, es un rasgo muy marcado en este tipo de personalidades.

G. Mattioli (1989) considera que igualmente se trata de personalidades psicóticas; postula considerar a la personalidad toxicómana como una “estructura autónoma”, pero que para ello habría que definir su mecanismo defensivo correspondiente (la represión es para la neurosis, como la renegación para la perversión y la forclusión para la psicosis). Otra cuestión sería la de plantearse este problema como una cuestión de funcionamientos psíquicos coexistentes de tipo maníaco – depresivo y perverso.

F. Bilbao Marcos y M. Alberto Castillo Balcázar concuerdan con lo planteado por G. Mattioli (1989) acerca de la coexistencia de funcionamientos psíquicos de naturaleza maniaco – depresiva y perversa que son reforzados por los efectos químicos de los intoxicantes, pero que se pueden encontrar presentes en épocas anteriores a la adicción y hasta en periodos muy prolongados de abstinencia. También plantean que la toxicomanía es un síntoma que se aloja bajo cualquier modelo diagnóstico.

PSICOPATOLOGÍA DE LAS ADICCIONES SEGÚN EL PSICOANÁLISIS.

1) Adicciones y narcisismo

Chasseguet–Smingel (1975). Considera, siguiendo a Freud, al Ideal del yo como heredero del narcisismo primario, es decir, el heredero de la ilusión infantil de omnipotencia, acompañada de sentimientos de dicha con tintes maníacos o beatíficos y ligado a la fusión con la madre. Precisamente la separación de la madre afecta la autoestima y causa sentimientos de inferioridad al evidenciarle al niño su debilidad y dependencia de los cuidadores externos y a partir de ese momento se abre una brecha entre el Yo y el Ideal del yo que dura toda la vida, así como el esfuerzo de los seres humanos para reducir o acabar con esa brecha. De ahí que las vicisitudes del Ideal del yo (ya sean de tipo regresivo, o relacionadas a las adquisiciones del desarrollo) impliquen siempre los diferentes modos o intentos de reconquista del narcisismo perdido, inalcanzable como unión perfecta, en ese sentido siempre insatisfecho pero siempre anhelado, vislumbrado en algo cercano a la completud original solo en momentos como el orgasmo, el enamoramiento, o la intoxicación con drogas.

Este anhelo narcisista de unión primordial, de retorno al seno materno influye, matiza las pulsiones básicas, sobre todo la libidinal. La añoranza de recuperar la experiencia de completud y omnipotencia originales puede llevar al atajo del Nirvana, por medio de las ilusiones narcisistas presentes en ciertos grupos de ideología preedípica o en el estado de intoxicación con drogas psicotrópicas, situaciones que parecen tener por finalidad remover por medios no psicóticos el doloroso límite que la realidad viene a oponer al deseo de expansión infinita del hombre.

Narcisismo y sociedad

Guinsberg (1994) señala como cada marco social e histórico concreto determina y / o influye en las características también concretas de los modelos de subjetividad predominantes. En nuestra cultura postmodernista los modelos de subjetividad que se estimulan son de tipo preedípico: el carácter fronterizo y el carácter narcisista, formando los primeros el conglomerado poblacional más numeroso de personalidades dependientes, inmaduras y manipulables y el segundo la de líderes manipuladores y explotadores de los otros. En nuestra sociedad el énfasis ideológico y propagandístico ha pasado de la productividad al consumo, ya no se promueve la austeridad, sino el consumo hedonista.

Psicopatología narcisista y adicciones.

En el contexto anteriormente apuntado las drogas se vuelven doblemente funcionales, tanto para la industria legal e ilegal que los produce y comercializa por sus ganancias, como a los usuarios por la satisfacción hedonista de corte profundamente narcisista que les permite el reencuentro ilusorio con la completud originaria y sus afectos beatíficos o maníacos. La relación entre el adicto y sus drogas se asemeja a la de las parejas, con su efecto ilusorio de recuperación de la unicidad perdida.

En muchos casos de jóvenes, al efecto farmacológico y psicológico individual se agrega el efecto ilusorio del grupo preedípico (la pandilla de adictos) que permite mantener una identidad reforzada mutuamente, donde la identidad individual, no diferenciada, cabalga sobre el grupo, sustituto de la relación dependiente con la madre: “soy, me defino, en función y a través del grupo”, en una sociedad sincrética (Bleger 1971) expresión del fracaso en la triangulación edípica y manifestación de las dificultades para alcanzar la individualidad adulta.

El uso crónico de las drogas puede asentarse sobre cualquier tipo de carácter, tanto preedípico como edípico. Pero la reiteración de la búsqueda hedonista en las drogas que promueve la experiencia narcisista ya descrita de completud originaria, favorece el desarrollo de caracteres narcisistas preedípicos o de acentuados rasgos narcisistas en todo tipo de caracteres.

El aislamiento narcisista del adicto con su droga se vuelve así, una de las configuraciones defensivas más frecuente en la clínica. Las familias suelen quejarse de que sus miembros adictos ni los ven ni los oyen, viven en un mundo aparte y permanecen aislados ahí, aunque coexistan en el mismo ámbito que la familia.

Fernando Bilbao Marcos observa que algunas de las recaídas en el proceso de recuperación de los adictos tienen que ver con mecanismos narcisistas, con la omnipotencia del narcisismo infantil, “otros no podrán, pero yo si puedo tomarme unas cervezas o inhalar unas rayas de cocaína, sin recaer en la adicción”. Para controlar el círculo adictivo hay que tener muy en cuenta a los mecanismos narcisistas y, en especial a la omnipotencia infantil.

Para E. Kalina la base de la adicción está en la incapacidad del ser humano de aceptar su condición de finitud, la condición de límite que impone el propio cuerpo y el límite final, que es el conocimiento de la propia muerte. Esta es más intolerable si se es más frágil, si se es más débil. Para E. Kalina el origen de la drogadicción esta en la falta de amor y el abandono y considera que los elementos individuales psicológicos necesarios para que un individuo devenga adicto son:

- Factores constitucionales. Diferentes grados y capacidades de respuestas ante las ansiedades y conflictos desde el nacimiento.

- Relaciones objetales tempranas. Constancia objetal, si estas relaciones no se desarrollan y se da un micro o macro abandono, se genera un factor predisponente para la adicción al no promoverse un yo maduro.
- La depresión materna postparto. Esta puede ocasionar sobreprotección del hijo o abandono afectivo.
- La relación con la figura paterna. Un padre ausente no podrá funcionar como un sujeto que contenga las dificultades de la madre y tampoco romperá la simbiosis de la madre y el hijo con lo que probablemente esta sostendrá su matrimonio usando al hijo, explotándolo, ante la indiferencia y nula participación del padre.
- La invasión de los límites del otro. Los otros siempre están al servicio de los otros, manipulando y negando lo que el otro pueda desear o sentir, impidiéndole sus propios sentimientos y hablando por ellos (Kalina, 1988).

E. Kalina dice que donde se instala la droga se desarrolla un comportamiento generalmente encuadrado en la personalidad previa del adicto, que es favorecido por el consumo de las drogas, pero no definido por la droga. Por lo tanto no son iguales las alteraciones de las funciones del yo en cada uno de los cuadros psicopatológicos, no es igual en un neurótico que en un psicópata, o en un perverso o en un psicótico.

Algunas drogas provocan determinados comportamientos, pero habitualmente los adictos consumen las drogas más en relación directa con su personalidad previa. Lo que determina el curso del comportamiento del adicto es básicamente la patología previa, aunque existan drogas que, por sus componentes químicos, generen euforia o depresión, o incluso violencia.

Actualmente muchos jóvenes consumen drogas que les evitan no el dolor ni la depresión, sino el sentimiento de vacío y futilidad, típico de las personalidades narcisistas. La mayoría de los actuales consumidores que abusan de las drogas y los adictos, corresponden a las psicopatologías denominadas limítrofes, narcisistas, psicopáticas y perversas.

S. Rado entiende que hay un rasgo narcisista, poca tolerancia al sufrimiento y una tendencia a la depresión, que son amortiguados por el uso de las drogas y esta los lleva a un estado de euforia y por lo tanto a superar, de manera transitoria, las heridas narcisistas y sentirse omnipotente, para después volver al estado depresivo y con ello al deseo de volver a drogarse y sentirse triunfante.

Herbert Rosenfeld. En el adicto existe una gran vinculación con la enfermedad maniaco-depresiva, sin ser idéntica a ella pues utiliza defensas maníacas, tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos, que, además, son reforzados por las drogas y al mismo tiempo alterados por ellas. Los objetivos de estas defensas son: el control, el triunfo y el desprecio de los mismos (los objetos) y la huida de las ansiedades persecutorias. Con la droga se fortalecen los mecanismos de omnipotencia. Por otra parte, las adicciones se vinculan con la depresión, pues el Yo del adicto es débil y no tolera el dolor que causan las pérdidas y, por consiguiente, llevan a la depresión. El adicto recurre a mecanismos maníacos, solo que apoyado por las drogas, ya que su Yo no tiene la fortaleza suficiente para responder en esta forma por sí solo (H. Rosenfeld 1978).

Ante la sobreprotección, la invasión, la negligencia, el abandono y la falta de amor de los padres del adicto como elementos etiológicos, me parece importante tener en cuenta las concepciones de Winnicott (1951) de Holding, falso self, espacio transicional, etc.; las descripciones de H. Kohut (1971, 1977) sobre las patologías narcisistas de la conducta, la concepción de Fairbairn (1952) de la pulsión como buscadora de objeto; la descripción del amor primario y la falla básica Balint (1968) y el desarrollo de la teoría del apego Bowlby

(1969, 1972, 1980). Así como los recientes descubrimientos de la psicología cognitiva y de las neurociencias, con especial referencia a la interacción, la memoria de procedimiento, el inconsciente no reprimido y la diferenciación funcional de los hemisferios (Joseph, R. 1988; Pally, R., 2003).

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

1) Unas notas sobre prevención.

Para E. Kalina hay una serie de características en una familia que pueden generar un personalidad preadicta:

- El uso indiscriminado de medicamentos.
- El uso de tabaco compulsivamente cuando se presentan situaciones de ansiedad.
- Consumo de alcohol o comida cuando hay tensiones.
- Comprar, trabajar o hacer cosas de manera compulsiva, para no sentir angustia.

De esta manera se puede constituir un modelo de comportamiento en donde no se aprendió a pensar, ni se permite sentir, y si actuar. No se adquirió la habilidad para la espera y por la tanto para el control de impulsos.

Yo añadiría que no se tolera la frustración al no ser capaz de sentir y reflexionar, debido a que la función de mentalización (P. Fonagy) no se desarrolla en este tipo de familias.

Como hemos visto a lo largo de este recorrido casi todos los autores están de acuerdo en la existencia de fallas o déficit en la función parental.

Para Khantzian las personas adictas no pueden regular la autoestima o las relaciones, ni cuidar de si mismas debido a que no han internalizado la capacidad de autocuidado. Dodes, como hemos visto, entiende que la dificultad de tolerar la frustración y la impotencia tiene su origen en experiencias de la infancia que necesitan ser recordadas y elaboradas en el tratamiento.

También Johnson entiende que los niños que sufrirán adicciones no internalizan la permanencia del objeto y tienen un temor específico de que sus impulsos agresivos pueden destruir los objetos propios en los que confían. Todas las escuelas psicoanalíticas recorridas dan importancia en mayor o menor grado al vínculo establecido con los cuidadores para poder entender a estos pacientes.

Los estudios sobre el apego, desde Bowlby hasta los más actuales basados en el experimento de la “situación extraña” de Mary Main y Eric Hesse nos indican la importancia de este vínculo que se establece entre los cuidadores y el niño.

M. Main y E. Hesse proponen que las conductas intranquilizadoras, atemorizantes o desorientadoras por parte de los padres generan un estado de ansiedad o de “miedo sin solución” que es el origen vivencial de esa perturbadora respuesta de desorganización que se da en la categoría del apego desorganizado. En opinión del neurocientífico del desarrollo Myron Hofer, la presencia materna hace que el bebe experimente un equilibrio fisiológico básico. En cambio la ausencia prolongada de la madre estresa a la cría y expone su cerebro inmaduro a un grado de estrés que es incapaz de regular.

La investigación evidencia que la repetición de esas situaciones estresantes merma la capacidad de la cría para regular de manera equilibrada sus estados fisiológicos en el futuro. Los estudios del apego señalan que los apegos seguros alientan la emergencia de coherencia mental, mientras que los apegos inseguros generan distintas formas de incoherencia.

Una mente incoherente es consecuencia de situaciones extremas de abuso y de negligencia infantil. Las modernas tecnologías de imagen cerebral han permitido constatar

los efectos devastadores del maltrato en el incipiente cerebro del niño, entre los que se encuentran el menor tamaño cerebral, menor crecimiento del cuerpo calloso que conecta ambos hemisferios y el desarrollo inadecuado de los tejidos GABA del cerebelo, cuya función es mitigar la excitación emocional del sistema límbico. La causa más probable de esos problemas es la excesiva cantidad de hormonas estresantes liberadas durante los eventos traumáticos, mermando el desarrollo de las conexiones neuronales y eliminando las ya existentes. Si tenemos en cuenta estos descubrimientos científicos entendemos que lo que hacemos los padres es muy importante, ya que no solo se prepara el fundamento para un sano crecimiento cerebral, sino que se aporta la base para la transmisión intergeneracional de las pautas del apego seguro.

Por tanto creo que el aspecto más importante a nivel preventivo sería el trabajo con los padres, enseñándoles a estos como establecer una comunicación adecuada con sus hijos, algo vital para construir relaciones sólidas con nuestros hijos, lo que devendría en un apego seguro.

D. Siegel y M. Hartzell, (2007) dicen: sintonizar con las emociones de nuestros hijos puede requerir que descendamos a su nivel, manteniendo una postura abierta y receptiva. El niño se siente fortalecido porque percibe que sus ideas y emociones son valoradas. Esta experiencia de conexión armónica ayuda a que los niños adquieran un sentido más poderoso de su propio yo y además enriquece su capacidad de autocomprensión y compasión. Esta vinculación entre distintas mentes hace que tengamos una sensación vital de comunicación con ellos, lo que nos permite llevar a la otra persona con nosotros aunque nos encontremos físicamente lejos de ella.

Esto es la base de la autoestima de un niño con un yo fuerte que tolera la frustración, con capacidad de sacrificio, de demora de la gratificación y de persistencia y tenacidad en la consecución de sus objetivos.

No tengo ninguna duda de que nuestros hijos a lo largo de su recorrido hacia la madurez se ven envueltos en diferentes contextos que conllevarán distintos grados de riesgo a la hora de consumir drogas, así como de otros tipos de comportamiento poco saludables, pero considero que es de vital importancia el aprendizaje afectivo-emocional en estos primeros años de vida para poder ser capaz de afrontar este tipo de contextos.

Como hemos visto antes vivimos en una sociedad narcisista, marcada por el hedonismo, el consumismo (lo quiero y lo quiero ya), etc.; pero es desde la reflexión y la sintonía con nuestros sentimientos y los de nuestros hijos que estaremos en mejores condiciones para educarlos. Por lo tanto la prevención empieza por la educación de los padres, siendo necesario poder complementarla con la educación en las escuelas.

2) Tratamiento.

Sandler, (1986) en psicoanálisis se escucha el conflicto psíquico, las dificultades internas, la historia y la simbolización del sujeto. La “conciencia de enfermedad” no radica en reconocerse como adicto a alguna droga, sino en reconocer y articular en el lenguaje las dificultades internas que lo han llevado, entre otras cosas de su vida, a consumir drogas de una manera compulsiva. Me interesa que la persona se reconozca como sujeto, como persona, que es más que un consumidor de drogas; que no se defina ni se describa por el objeto inerte que consume, sino por lo que es en su historia y sus palabras, más que en sus actos.

Por lo tanto desde este planteamiento el *objetivo* no es el abandono del consumo de drogas, sino el reconocimiento de sus conflictos internos. De nuevo Sandler dice: Cuando un joven o cualquier sujeto se instala frente a nosotros y nos dice que es un adicto, tendríamos

que cuestionarnos y cuestionarlo a él o a ella sobre su discurso. Seguramente es una reproducción del imaginario social que ha construido dicha denominación para todo aquel que consume drogas ilícitas.

En el anterior punto de vista el consumo de drogas es un síntoma, por tanto desaparecerá mediante la comprensión analítica. En mi opinión el síntoma es el deseo de consumir drogas, dado que un sujeto puede estar sin consumir pero teniendo deseos de hacerlo. Es en estos deseos de consumir (consume o no) donde debemos de ir acercándonos al conocimiento del paciente, ¿Qué le impulsa a querer consumir? ¿Qué estados afectivos, anímicos, que emociones, sentimientos, situaciones, etc. estimulan su deseo de consumo?.

Ahora bien, las dificultades de estos pacientes se encuentran precisamente en que no son capaces de reconocer y articular en el lenguaje las dificultades internas que lo han llevado a consumir drogas de una manera compulsiva. Tienen dificultades para darse cuenta de lo que sienten, así como para reflexionar sobre ello; su capacidad de mentalización es escasa o inexistente. Entiendo que tanto a nivel de la relación establecida con los cuidadores, como a nivel neurobiológico se ha dado cuenta del por qué de esta escasa capacidad para sentir los afectos y reflexionar sobre ellos.

El desarrollo de la estructura y las funciones cerebrales está condicionado por la interacción que tiene lugar entre los genes y la experiencia, las experiencias de crianza afectan directamente al modo en que se activan los genes. En lugar de un bombardeo sensorial lo que más necesita el cerebro del niño para crecer adecuadamente, son las interacciones recíprocas con sus cuidadores D. Siegel y M. Hartzell, (2007) . Esto evidentemente tendrá también sus implicaciones en el tratamiento, ya que este está basado en una relación que se establece entre dos personas.

Viñeta clínica.

F. es un paciente de 56 años que consulta por consumo de alcohol, en su primera sesión refiere consumir 1 litro de vino de caja y una o dos copas de coñac Whisky . Desde los 20 años consume alcohol siendo este consumo cada vez más intenso hasta llegar al actual consumo. El paciente tiene 3 hijos y un nivel cultural alto, desempeñando desde los 26 años un trabajo de profesor.

F. es el mayor de 5 hermanos, recuerda que desde bien pequeño se pasaba la mayor parte de su tiempo libre leyendo y que cuando sus hermanos intentaban que jugara con ellos raramente lo conseguían. Lleva 2 años en tratamiento no consumiendo absolutamente nada durante este tiempo. En los inicios del tratamiento nuestro trabajo consistió en ir viendo juntos en que momentos sentía deseos de consumir, intentando analizar los antecedentes que provocaban estos deseos así como las consecuencias de un posible consumo. En ocasiones comparábamos su estado actual, tanto a nivel físico como psicológico, con el de un tiempo atrás.

Ya desde estos primeros momentos se va creando una relación entre nosotros en la que intentamos co-construir un nuevo estilo de vida para F. en el que el alcohol no sea su solución ante las frustraciones, sus dificultades en la relación de pareja, así como con sus hijos. Según va transcurriendo el tratamiento podemos ir viendo cuestiones de su historia vital relacionadas con su consumo y sobre todo con sus dificultades en las relaciones familiares. En el momento de la psicoterapia en que estamos el paciente se queja de cómo le trata su mujer, así como sus hijos. Dice: “soy un cero a la izquierda, no pinto nada; antes de poder comprarme un libro de esos de 4 euros mis hijos tienen todo lo que piden y yo me las veo y me las deseo para tenerlo”. En otras ocasiones comenta como su mujer sirve a sus

hijos y le deja la peor parte para él, para colmo de su desamparo cuando la hija que tiene estudiando en otra ciudad llama a casa y coge el teléfono él, esta sin ni siquiera saludarle le dice “pásame con mama”.

Como fácilmente se puede observar sus sentimientos de abandono y de indefensión / impotencia para poder conseguir lo que quiere son importantes y tienen que ver con su realidad actual (¿por qué este hombre se caso con una mujer abandonante, rechazante?) que a su vez tiene que ver con su historia de vida (la investigación demuestra que los estilos de apego se transmiten transgeneracionalmente). Recordemos que este paciente se aislaba leyendo, pero hemos podido ir viendo, el y yo, que este aislamiento tuvo que ver con sus sentimientos de abandono y de incapacidad, impotencia para poder cambiar esa situación “a mi no me quieren, quieren a mi hermano” y según iban naciendo nuevos hermanos esto se consolidaba aún más, recordemos que era el mayor.

Esta incapacidad para poder cambiar la situación hace que se sienta impotente e indefenso y se devalúe a sí mismo, no sintiéndose con derecho más que a beber vino barato y comprar cuando se lo permiten libros de 4 euros teniendo que realizar verdaderos esfuerzos a la hora de poder encontrarlos.

En una sesión de hace unos 15 días y debido a sus intentos de recuperar la relación con sus hijos, sobre todo con su hija, con la que discute mucho; F. decide que vendrá con ella para (entiendo que con mi ayuda, ¡por eso la trae a sesión!) que así pueda ver que sino la ayuda con sus tareas de la Universidad es para que sea autónoma e independiente y así aprenda a afrontar las situaciones de la vida por ella misma. Ahora continuamos, pero pensemos: ¿que quiere que aprenda su hija, algo bueno para ella o lo que el aprendió en la vida, a ser autónomo e independiente, a no necesitar nada de nadie?.

La caja de vino y su biblioteca suplían sus necesidades de dependencia, de amor, de cariño y le hacían sentirse seguro y valioso momentáneamente.

En la sesión la hija cuenta, entre sollozos, (dice que ella no llora, a lo que su padre le responde que el nunca lloró) dos experiencias de abandono por parte del padre, una fue cuando se marchó a estudiar a otra ciudad y fue a despedirse de su padre, este la dijo “a ya te vas” y cerro la puerta y la otra cuando el día de su graduación tuvieron que ir a buscar al padre para la foto porque el estaba en el bar. La hija le dice: “papa tú quieres que nos relacionemos contigo, que te tengamos en cuenta pero eso no sucede de la noche a la mañana, no me sale de dentro”. Su padre la dice que cuando el ganó un premio de x siendo estudiante y llamo por teléfono a sus padres estos ni siquiera le felicitaron y que se tuvo que regalar algo a sí mismo.

Este regalarse algo a si mismo expresa claramente como entiende, porque así aprendió a entenderlo, mi paciente la autonomía e independencia, no quiero, necesito nada de los demás; esto está directamente relacionado con su narcisismo.

No quisiera terminar sin decir que en su relación conmigo, en ocasiones, el ha sentido que yo no le tenía suficientemente en cuenta, que le abandonaba, etc. Por citar algún ejemplo cuando en alguna ocasión me he retrasado con un paciente y hemos empezado la sesión cinco minutos tarde, o bien en algún momento me hacía preguntas sobre algún paciente que había visto en la sala de espera, etc. Poder trabajar, elaborar estos momentos en el aquí y ahora de la relación conmigo confrontándole con el hecho de que tienen que ver con el allá y entonces de la relación con sus cuidadores y de que entonces aprendió a defenderse de este sentimiento de abandono aislándose en sus libros, para más tarde utilizar el alcohol en el mismo sentido, son de un enorme valor terapéutico.

Son momentos en que el afecto, sentimiento de abandono, y la defensa narcisista asociada, no necesito nada de nadie, relacionan el antes y el ahora creando un sentimiento de coherencia y continuidad, ya que al poder trabajarlo por medio de la palabra se produce

una conexión entre el hemisferio derecho (emocional) y el hemisferio izquierdo (verbal), creando estas conexiones coherencia mental en su propia narrativa y pudiendo sentir y reflexionar el paciente sobre la diferencia entre la actual relación con el analista y la pasada relación con sus cuidadores.

Estos momentos de conexión se están pudiendo producir después de 2 años de tratamiento, dado que su forma de entender la autonomía y la independencia no le permitían ni siquiera darse cuenta de su necesidad de un otro, ahora bien hemos progresado porque F. puede sentir su abandono, pensar y reflexionar sobre el, y no actuarlo bebiéndose una caja de vino, sino compartirlo conmigo esperando que yo le entienda y sintonice con su sufrimiento y dolor por ser en cierto sentido el progenitor proscrito.

A mi modo de ver el tratamiento de los pacientes toxicómanos debería abordarse a dos niveles, un nivel farmacológico en el que se abordaran los cambios biológicos inducidos por la droga y un nivel psicoterapéutico en el que se trabajaran los estados emocionales, angustias, historia vital y contexto que determinan el consumo.

El trabajo con estos pacientes no es en absoluto sencillo, sobre todo si tenemos en cuenta todo lo aportado anteriormente, ya que son sujetos, en su mayoría, con un yo débil, que actúan sin pasar por la reflexión, que no toleran la frustración, con poca capacidad de demora de la gratificación, etc. Son pacientes que presentan un bloqueo y aislamiento de los afectos y además intentan evitar toda relación cercana y emocional.

Debemos tener en cuenta que lo normal es que su capacidad de introspección y de reflexión sea muy escasa, a lo que si añadimos su poca tolerancia a la frustración y su Yo débil esto implicará por nuestra parte una buena dosis de actividad así como de sostenimiento y contención de sus emociones y ansiedades de las que ellos no son conscientes ni por asomo. Esta contención y sostenimiento puede ir dando lugar poco a poco al reconocimiento de determinadas emociones y sentimientos en determinados momentos por parte del paciente, lo que con el paso del tiempo puede ir constituyéndose como capacidad para reflexionar sobre lo que sucede dentro de él.

Es de vital importancia el diagnóstico de estos pacientes a nivel estructural (neuróticos, límites o psicóticos), ya que el trabajo que se pueda realizar con ellos va a depender en gran medida de su estructura de personalidad, a mayor desestructuración del paciente mayor estructuración del tratamiento.

En estos primeros momentos considero importante trabajar cuales son las razones que le han llevado a querer dejar de consumir, así como a pedir ayuda al tiempo que le vamos confrontando con las diferencias entre su estado actual y el anterior estado en que consumía.

Debemos de preguntarles por esos momentos que ellos creen que más se van a acordar de las drogas o en los que aparecerá el deseo de consumir. Nos traerán momentos en los que con mayor o menor intensidad han deseado consumir, momentos que debemos aprovechar para ver con ellos cuales han sido los antecedentes, externos (situaciones en las que antes consumían, personas con las que consumían, etc.) o internos (deseos, pensamientos o sentimientos...) que han provocado las ganas de consumir.

Soy partidario, en los primeros momentos del tratamiento y sobre todo en pacientes menos estructurados de lo que podríamos llamar estrategias de evitación, como no ir por los lugares en que antes consumía, tener el menor trato posible con gente con la que antes consumían, etc.; incluso si tiene alguna persona allegada a él/ella que se haga acompañar en momentos en que prevé que puede tener dificultades, o en momentos en que se siente débil aunque todavía no alcance a saber el por qué.

Para mí esta fase inicial es la más complicada, ya que es en ella en la que vamos a ir

dilucidando hasta que punto podemos ir trabajando con estos pacientes, algo que va a depender de su estructura de personalidad, de su historia personal, de su situación actual y como no de la relación que establezca con nosotros.

Entiendo, y así me lo dice mi experiencia, que hay pacientes que son capaces de beneficiarse de un trabajo más superficial que tiene que ver con todos los antecedentes inmediatos y consecuencias del consumo de drogas. Al mismo tiempo que estamos trabajando todo esto con el paciente debemos de estar cuidando nuestra relación con él, relación que ha de ser de contención y sostenimiento por nuestra parte. Hay pacientes, a mi modo de ver, con los que no podemos ir más allá, e incluso en muchos de ellos esto sucede en el mejor de los casos, por lo que creo que con estos pacientes no pasaríamos de lo que considero la fase inicial del tratamiento.

Si las cosas van bien después de un determinado tiempo, podemos ir trabajando cuestiones de mayor calado que van a depender de la historia personal de cada uno pero que en la mayoría de los casos van a estar relacionadas con déficit y fallas de los padres a la hora de promover un desarrollo autónomo, así como de los conflictos tanto preedípicos como edípicos que debido a esos déficit y fallas se han ido generando. En ocasiones los padres les sobreprotegen, en otras les descuidan pero en la base está la mayor o menor capacidad de estos para ver a su hijo como una persona independiente, con sus propios deseos, emociones y angustias.

En estas fases del tratamiento para mí estos pacientes son como otro cualquiera, con la salvedad de que en ocasiones sus deseos de consumir pueden ser reactivados por las vivencias que en el tratamiento se están trabajando. Como he dicho anteriormente el tratamiento en estas fases no se diferencia, a nivel general, de otros tratamientos y nuestra forma de abordarlo ha de ser la que nosotros manejamos en nuestro trabajo diario.

Este tratamiento lo entiendo desde una posición en la que se prima la relación terapeuta/paciente, analista/analizado. En el curso del proceso terapéutico, la continuada interacción analizado-analista promueve lo que los autores del Boston denominan una relación implícita compartida que se integra en la memoria de procedimiento de cada uno de los participantes del análisis, y, por tanto, en el respectivo conocimiento relacional implícito que, de esta forma, puede ir modificándose, J. Coderch (2006).

Es en este nivel de comunicación tanto de analista como de analizado donde podemos encontrar el más allá de la interpretación del Grupo de Boston, Boston PCSSG (1998) donde se da una especial importancia a los *momentos ahora* que pueden surgir entre paciente y terapeuta.

Momentos de encuentro cargados afectivamente que transforman los conocimientos relacionales implícitos de cada uno de los componentes, conocimientos relacionales implícitos que tienen que ver con nuestras memorias de procedimiento y que no pertenecen al inconsciente conflictivo dinámico, sino al inconsciente no conflictivo o de procedimiento. Hemos de tener en cuenta que el hemisferio derecho (relacionado con lo no verbal, con lo emocional, con la memoria de procedimiento) madura antes que el izquierdo que no comienza su maduración hasta aproximadamente los 2 años, al tiempo que aparece el lenguaje hablado y se pone en marcha la mielinización del cuerpo calloso que une a uno y otro hemisferio (Joseph, R. 1998; Pally, R., 2003; Kandel, E. 1999; Mora, F., 2002).

Esto es de vital importancia a la hora de nuestro trabajo con algunos pacientes, ya que desde sus primeros momentos de vida pueden haber sentido el desamparo, el maltrato y la devaluación como formando parte de ellos; algo que en el aquí y ahora de la relación será expresado en determinados patrones relacionales. Esto que puede ser expresado en su forma de relacionarse, es por medio de los momentos ahora que podrá devenir consciente

en un momento de encuentro cargado afectiva y cognitivamente.

Por lo tanto las modificaciones en la memoria de procedimiento se obtendrá no solo a través de los momentos de encuentro, en los que se produce un cambio en el conocimiento relacional compartido debido a una especial sintonización del inconsciente no reprimido del analizado y del analista, sino que también es posible a través de la interpretación dirigida no al inconsciente reprimido sino a la memoria de procedimiento del analizado, J. Coderch (2006). Coderch cree que las modificaciones del conocimiento relacional implícito favorecen la adquisición del insight y que, a la vez, ellas mismas se sustentan en una serie de micro insights, generalmente inadvertidos por el analizado y el analista, que van repitiéndose a lo largo de todo tratamiento psicoanalítico cuando éste es efectivo.

Tampoco considero que la finalización del tratamiento con estos pacientes ha de ser muy diferente, con la salvedad de que sus ansiedades de separación (dependientes de su estructura de personalidad y psicopatología) pueden reactivar (aunque en estos momentos del tratamiento sea mínimamente) sus deseos de consumo, ya que no podemos olvidar la importancia que estas ansiedades tienen en el consumo de drogas en estos pacientes.

REFERENCIAS

- ABRAHAM, K. (1908). The psychological relations between sexuality and alcoholism. In *Selected Papers of Karl Abraham*. New York: Basic Books, 1927, pp. 80-89.
- BALINT, M. (1968). *The Basic Fault. Therapeutic Aspects*, Londres: Tavistock (*La falta básica*, Buenos Aires: Paidós, 1982).
- BERRIDGE, K.C., & ROBINSON, T.E. (1998). What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning or incentive salience? *Brain research Reviews* 28; 309-369.
- BLEGER, JOSÉ (1971). El grupo como institución y el grupo en las instituciones. en *Temas de psicología. Entrevista y grupos*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- BOSTON PCSG (1998). Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-922.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss, vol. 1, Attachment*, Londres: The Hogarth Press-Institute of Psychoanalysis.
- BOWLBY, J. (1972). *Attachment and Loss, vol. 2, Separation, Anxiety and Anger*. Londres: The Hogarth Press-Institute of Psychoanalysis.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss, vol. 3, Loss: Sadness and Depresión*. Londres: The Hogarth Press-Institute of Psychoanalysis.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, JANINE (1975). *El ideal del yo. Ensayo psicoanalítico sobre la "enfermedad de idealidad"*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- CODERCH, J. (2006). *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- DODES, L.M. (1990). Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanalytic Quarterly* 59:398-419.
- DODES, L.M. (1996). Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44:815-835.
- FAIRBAIN, W. R. (1952). *An Object Relations Theory of the Personality*, Nueva York: Basic Books.
- FERENZCI, S. (1911). *El alcohol y las neurosis*, en Monografías de psicología normal y patologías. Tomo I, Madrid: Espasa-Calpe, 1981.
- FREUD, S. (1886). La herencia y la etiología de las neurosis, en *Obras completas*, vol. II, Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- FREUD, S. (1915). La represión, en *Obras completas*. Tomo I, Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standart Edition* 20: 75-175.
- FREUD, S. (1927). El porvenir de una ilusión, *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 3017-3018.
- GUINSBERG, ENRIQUE (1994). El psicoanálisis y el malestar en la cultura neoliberal, *Subjetividad y*

- Cultura*, 3, Octubre, México.
- INGELMO, J., RAMOS, M.J., MÉNDEZ, J.A., GONZÁLEZ, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5.
- JOHNSON, B. (1993). A developmental model of adidctions and its relationship to twelve step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:23-34.
- JOHNSON, B. & CLARK, W. (1989). Alcoholism: A challenging physician-patient encounter. *Journal of General Internal Medicine* 4:445-452.
- JOSEPH, R. (1988). The right cerebral hemisphere, *Int. J. Psychoanal.*, 44: 770-779.
- KALINA, E. (1987). Temas de drogadicción, Buenos Aires: Nueva Visión.
- KALINA, E. (1988). *Adolescencia y drogadicción*, (3ª ed.), Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.
- KANDEL, E. (1999). Biology and the future of psicoanálisis: A new intellectual framework for psychiatry revisited, *Amer. J. Psychiat.*, 156: 505-524.
- KERNBERG, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Aronson.
- KHANTZIAN, E.J. (1995). Self-regulation vulnerabilities in substance abusers: Treatment implications. In *The Psychology and Treatment of Addictive Behavior*, ed. S. Dowling. Madison, CT: International Universities Press, pp. 17-42.
- KHANTHIAN, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* 4:231-244.
- KLEIN, M. (1932). *El psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Hormé, 1964.
- KLEIN, M. (1946). "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", en *Obras completas*, vol III, Buenos Aires: Paidós.
- KOHUT, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- KOHUT, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Internatinal Universities Press.
- KRYSTAL H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma. Alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- KRYSTAL H. (1995). Disorders of emotional development in addictive behavior. In *The Psychology and Treatment of Addictive Behavior*, ed. S. Dowling. Madison, CT: International Universities Press, pp. 65-100.
- KRYSTAL H. & RASKIN, H.A. (1981). Drug dependence: Aspects of ego function. In *Classic Contributions in the Addictions*, ed. H. Schaffer & M.E. Burglass. New York: Brunnel-Mazel, 1981, pp. 161-172.
- LACAN, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo, en *Escritos I*, 19ª ed., Mexico, Siglo XXI, 1990.
- LE POULICHET S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis*, Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- LYONS-RUTH, K. (1991). Rapprochement or approachment: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology* 8:1-23.
- MARIANO, I. (2005). Nuevos conocimientos sobre la nerurobiología de las adicciones a las drogas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 19.
- MATTIOLI, G. (1987). Psicoterapia del toxicómano, Barcelona: Logos.
- MORA, F. (2002). *Continuum: ¿Cómo funciona el cerebro?*, Madrid: Alianza.
- PALLY, R. (2003). *The Mind-Brain Relationship*, Londres: Karnac Books.
- RADO, S. (1926). Los efecto psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos, en *Psicoanálisis de la conducta*, Buenos Aires: Hormé, 1973.
- ROBINSON, T. E., y BERRIDGE, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 18:247-291.
- ROSENFELD, D. (1971). El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico. y Adicción a las drogas, omnipotencia narcisista, trastornos en la piel y esquema corporal. Aportes a la dialéctica de los grupos, en *Clínica psicoanalítica*, Buenos Aires:, Galema, 1976.
- ROSENFELD, H.A. (1960, 1965). On drug addiction. In *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*, ed. H.A. Rosenfeld. New York: International Universities Press, pp. 128-143. (En *Estados*

- psicóticos*, 2ª ed., Buenos Aires: Hormé, 1978)
- SIEGEL, J. D. y HARTZELL, M. (2005). *Ser padres conscientes*. Vitoria: La Llave D. H.
- STEELE, R. (1979). Psychoanalysis and hermeneutics, *Int. Rev. Psychoanal.*, 6: 389-411.
- VOLKAN, V.D. (1973). Transitional fantasies in the analysis of a narcissistic personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 21:351-376.
- VOLKOV, N.D., TING-KAI, L. (2004). Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Neuroscience Reviews*, vol 5: 963-970.
- VOLKOV, N.D., y cols. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: results from imaging studies and treatment implications. *Mol. Psychiatry*, vol 9: 557-569.
- WINNICOTT, D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, pp.229-242.
- WURMSER, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 22:820-843.
- WURMSER, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. New York: Aronson.
- WURMSER, L. (1981). *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- ZINBERG, N.E. (1975). Addiction and ego function. *Psychoanalytic Study of the Child* 30:567-588.

NOTAS

¹ José González Guerras es Psicólogo y Psicoterapeuta. Miembro Asociado del *Instituto de Psicoterapia Relacional*. Director del *Centro Psicológico Self* (Salamanca, España)