



SOBRE LAS ADICCIONES y... ANTE LA INTOLERANCIA A LOS AFECTOS ¿TRASCENDER Y/O NEGAR LA REALIDAD?¹

José González Guerras²
Centro Self, Salamanca, España

En este artículo pretendo mostrar a través de la presentación de un caso el importante consenso que hay, entre los diferentes teóricos de la psicoterapia psicoanalítica de las toxicomanías, a la hora de trabajar con una persona que tiene problemas con las drogas. Entre otras cuestiones se está de acuerdo en la importancia de la singularidad del caso y específicamente en los pacientes con problemas de drogas se entiende que hay una enorme vulnerabilidad narcisista que les lleva a tolerar mal los afectos y a no haber incorporado el autocuidado. No obstante el consenso que hay entre las diferentes corrientes de la psicoterapia psicoanalítica a la hora de entender el por qué una persona puede llegar a ser adicta y como trabajar con ella, creo necesario traer a escena los aportes del modelo relacional para entender mejor como una persona puede llegar a tener problemas con las drogas y poder trabajar con este tipo de pacientes. Desde este modelo, entre otras muchas cuestiones, aportamos la importancia del reconocimiento y la validación de un otro, tanto a la hora de prevenir un posible problema de drogas como a la hora de trabajar con él cuando este ya se instauró.

Palabras clave: Adicto, droga, toxicomanías, personalidad preadictiva, psicoterapia, reconocimiento, rectificación subjetiva, singularidad, relacional, validación, vulnerabilidad narcisista.

In this paper I show, through the presentation of a case, that there is considerable agreement, among different theorists of psychoanalytic psychotherapy of addiction, when working with a person who has a drug problem. Among other things they agree on the importance of the uniqueness of the case and specifically in patients with drug problems is understood that there is a huge narcissistic vulnerability that leads them to a low tolerance of affections and failure to implement self-care. However the consensus between the different currents of psychoanalytic psychotherapy in understanding why a person can become addicted and how to work with it, I assume needed to bring to the arena the contributions of the relational model to better understand why a person can have problems with drugs, improving the work with these patients. From this model, among other things, bring the importance of recognition and validation from one another, both in preventing a possible drug problem and to work with it when it is already established.

Key Words: Addict, drug addiction, pre-addictive personality, psychotherapy, recognition, subjective rectification, uniqueness, relational, validation, narcissistic vulnerability.

English Title: On addictions and ... Facing intolerance to affections ¿Transcending and / or denying reality?

Cita bibliográfica / Reference citation:

González Guerras, J. (2014). Sobre las adicciones y... Ante la intolerancia a los afectos. ¿Trascender y/o negar la realidad? *Clinica e Investigación Relacional*, 8 (3): 379-393. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Presentación del caso

Federico es un paciente de 30 años que es traído a consulta por su madre debido a problemas con el alcohol. Pertenece a una familia adinerada compuesta por dos hermanas mayores que él, su padre se dedica a los negocios así como su madre a las labores de la casa. Su madre comenta que de pequeño era un niño encantador y que ella se volcó en él ya que su marido se ocupó de cuidar de un sobrino cuyo padre había fallecido.

En la adolescencia el paciente hace saber a su familia su condición de homosexual, su madre me comenta que esto la hizo estar todavía más encima de él pues pensó que el ser homosexual le iba a complicar más la vida.

La madre ha estado en tratamiento psicológico y comenta que se quedó sin padre a los 14 años siendo muy traumático debido a que fue en accidente de tráfico y a ella no la dejaron ir a verlo. Del padre lo que sabemos es que tuvo un infarto sobre los 48 años y que su vida son los negocios. Una de las hijas tuvo que ir durante un periodo de tiempo al psicólogo por problemas de ansiedad y las dos hijas trabajan en el negocio familiar. Actualmente el paciente también trabaja en el negocio familiar, aunque en un puesto de inferior categoría que ellas.

El paciente ha empezado diferentes carreras, estudiando fuera de casa en un piso de sus padres durante varios años sin terminar nada. Durante todo este tiempo pasa la mayor parte del tiempo solo, en casa y poco a poco aumenta la cantidad de alcohol que ingiere hasta el punto que a principios de 2012 ingresa en una clínica de desintoxicación durante un mes, ya tiene problemas hepáticos y sus analíticas están muy descompensadas. La experiencia en la clínica es muy mala hasta el punto de expresar que “era como una secta y lo que si hicieron fue llevarme una buena cantidad de pasta”. Al poco de salir de la clínica entra en tratamiento conmigo. Anteriormente al ingreso en la clínica estuvo trabajando durante aproximadamente un año y medio con un psicólogo de orientación psicoanalítica pero al que asistía muy de vez en cuando.

La Psicoterapia

En el tratamiento encuentro gran dificultad para establecer un vínculo con el paciente, llega por costumbre 15 ó 20 minutos tarde a la sesión, falta a estas y hay una enorme dificultad para tener un discurso mínimamente fluido, no tiene motivación por nada y todo le da igual, su frase favorita es “me da igual”. En un principio, podríamos decir que no existe vínculo.

Yo siento, al igual que sus padres, que tengo que ir detrás de él y que si no dejará el tratamiento, el trabajo y en definitiva la vida pues apenas come y debido a lo que bebe su familia y yo tememos que le pase algo grave. Constantemente el paciente utiliza el chantaje

emocional para conseguir lo que quiere y le da la gana, a modo como desde pequeño ha hecho y lo ha conseguido. Si se enfada con sus padres porque no le cambian de puesto de trabajo, o no le dan dinero para algo puede dejar de comer como señal de protesta. Su madre al ver esto se angustia y le prepara la comida aún cuando su hijo llega constantemente a deshoras.

Su madre debido a su historia de vida está llena de miedos y por tanto desde siempre le ha sobreprotegido, sus razones a nivel consciente son: porque era el más pequeño, porque su padre se dedicaba al sobrino y a los negocios y más tarde, en la adolescencia, porque era homosexual. Por tanto genera un vínculo inseguro/ansioso en el que el miedo y la sobreprotección anulan el desarrollo de la personalidad de Federico así como el desarrollo de su sentimiento de sí. El paciente se convierte en un niño inseguro, incapaz, lleno de miedos y por tanto muy vulnerable en su narcisismo. Vemos como por medio del vínculo se produce una transmisión intergeneracional de afectos y sentimientos generando modelos operativos internos similares así como formas de relacionarse, esquemas relacionales, muy influenciados por el miedo, los sentimientos de incapacidad y vulnerabilidad. La madre que está llena de miedos, sobre todo miedo a la muerte, se está viendo confrontada con la posibilidad de que su hijo pueda morir dado sus problemas físicos debido a la ingesta de alcohol y a alimentarse escasamente y de mala manera.

Es en nuestro encuentro terapéutico que yo me veo sintiendo miedo por el paciente (veamos el paralelismo con su madre) y como tirando de él para que hable, haga cosas, deje de beber, etc. en suma intentando sobreprotegerle, haciendo un trabajo que le correspondería a él, a modo como su madre desde siempre intento quitarle las piedras del camino. En estos momentos del tratamiento nuestro campo intersubjetivo estaba fundamentado en el miedo de él a la vida y mío a que se deje morir. Por tanto su vulnerabilidad e incapacidad le llevan a la anhedonia, apatía y desinterés por la vida y estimulan en mí sentimientos de incapacidad para vitalizarle, así como miedos parecidos a los de su madre respecto a que debido a sus malos cuidados el paciente se pueda morir o caer enfermo. En estos momentos, sin embargo, ya podemos hablar creo, de la existencia de un vínculo, patológico, pero vínculo. Federico pretende que yo me pliegue a sus deseos e intereses, que yo vaya detrás de él al igual que su madre. El modelo relacional que se le ofreció siempre fue el de la dependencia pero debido a que siempre conseguía lo que quería sus defensas narcisistas transformaron su dependencia de los demás en lo contrario, hacer que los demás dependan de él, (Dependencia revertida) incluso por medio del chantaje emocional. A través de sus defensas narcisistas, el control omnipotente del objeto y la proyección mantiene a su madre constantemente pendiente de él (ella se tiene que levantar a las 5 de la mañana para hacerle el desayuno y llevarle a trabajar) y nos expresa a todos su agobio porque su madre está constantemente encima de él, no le deja en paz. Este patrón

relacional disfuncional (muy relacionado con las dinámicas amo-esclavo) unido a su incapacidad de tolerar los afectos, así como su dificultad para afrontar la realidad le generaban enormes frustraciones, sentimientos de vulnerabilidad y de vacío que intentaba mitigar por medio del recurso a la bebida. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que lo que él sentía era un enorme displacer, una enorme angustia por lo que recurría al alcohol para mitigarla. Antes de que el adicto pueda hablar de sus sentimientos y afectos, de su subjetividad tenemos un sujeto pre-verbal que lo único que siente es displacer y/o angustia y pasa automáticamente, pre-reflexivamente a mitigarla a través del consumo. Podemos decir que a Federico el alcohol le ayudaba a no reconocer, a negar su realidad y por medio de este podía trascenderla sintiendo que él no tenía que afrontar las dificultades que el resto de los mortales tenían que afrontar, lo que le llevaba a iniciar o soñar con nuevos proyectos como comenzar una carrera que no tenía nada que ver con lo que hasta ahora había hecho, o marcharse a Birmania a vivir la cultura budista ya que la cultura de occidente para él es un desastre, o tener en mente abrir un bar en el sitio más céntrico de la ciudad sin tener el menor conocimiento sobre este negocio, etc. Al negar o “renegar” de sus sentimientos de incapacidad/impotencia, vulnerabilidad, vacío, etc. pasaba a ver a los demás como gente inepta, que no sabían hacer las cosas, pero a la vez eran los culpables de todos sus males, así ya tenía a quien responsabilizar de las dificultades de su vida. Unas veces eran sus padres, hermanas, primo y otras eran los compañeros de trabajo, nuevamente la proyección y el control omnipotente del objeto.

Después de más de dos años de psicoterapia, poco a poco, con el paso del tiempo y la aparición de la palabra debido a mi presencia y al ir trayendo y mostrando explícita e implícitamente pensamientos y sentimientos que el paciente me evocaba es que, como diría Lacan “voy trayendo el sujeto a escena”, su singularidad, sus sentimientos de no ser reconocido ni valorado, de que su padre quiere más a su primo que a él, de que se siente agobiado por su madre, de que sus hermanas tienen mejores puestos que él, por tanto va apareciendo también el conflicto, los celos y la envidia hacia sus hermanas y primo. Después de un tiempo es que podemos decir que va adquiriendo la capacidad de reflexionar sobre sus afectos y sentimientos (todavía hay dificultad en ver los de los demás) y con ellos la capacidad para triangular, para no quedarse en la relación pre-edípica y por tanto que pueda aparecer un tercero, de ahí la posibilidad de sentir los celos de sus hermanas, de su primo, de sus sobrinos y hasta de los cuñados, etc. Aunque nos queda un enorme trabajo por hacer e intuyo que todavía complicado, dado que todavía estamos en el momento de la “Rectificación subjetiva” pues aún sigue consumiendo y este consumo nos complica el trabajo a todos los niveles. No obstante hemos conseguido logros, por ejemplo hemos pasado de la incapacidad de vincularse a la posibilidad de establecer un vínculo, lo que nos ayudará a la hora de conseguir que entre en un tratamiento de desintoxicación. Creo que

estos logros se han ido consiguiendo debido a:

- a) Lo primero y más importante **reconocer y validar** los afectos y sentimientos de Federico. Aquí no es amor lo esencial para este paciente pues yo creo que, aunque mal entendida, el amor por parte de toda la familia estaba, pruebas tengo de ello. El paciente desde pequeño no pudo desarrollar sus capacidades y habilidades, todo le era dado (“A veces ser rico puede agravar las dificultades”), no necesitaba casi ni desear para tener (véase paralelismo con lo que pasa hoy día en muchas familias). Esto le impedía ser reconocido y valorado y a la vez reconocerse y validarse. A pesar de sus comportamientos disruptivos, de su poca implicación en el tratamiento, de sus constantes desafíos, de su “me da igual” y de su rebelarse contra el tratamiento y conmigo yo pude sostener y contener estos envites no sin dificultad y ayuda de mi supervisor. Pero sobre todo pude sostener y contener estos sentimientos de vulnerabilidad, incapacidad, de no tener sentido nada gracias a mi disponibilidad, entrega y capacidad para dejarme usar por el paciente.
- b) El vínculo fusional con la madre se fue convirtiendo en un vínculo ambivalente de amor-odio hasta llegar a que el paciente se sienta agobiado en muchas ocasiones y por tanto se rebele. Por ejemplo el paciente se revelaba bebiendo alcohol, no queriendo comer, llegando a casa de sus padres a las horas que quería, etc. lógicamente yo no le reconocía y le valoraba estas conductas, pero si desde el entendimiento del porqué de estas conductas le reconocía y le validaba sus esfuerzos para ser autónomo e independiente. Por lo tanto no se trata de reconocer y validar conductas (reforzar al modo conductista) sino de reconocer y validar afectos y sentimientos que siempre están explicando las conductas, aunque estas sean disparatadas y/o dañinas.
- c) El padre ausente cada vez está más presente tanto a nivel de interacción física como mental. Este también me parece un logro importante y que está ayudando mucho en el progreso de este paciente. Como dice E. Kalina el nombre del padre como límite, el no como afrontamiento de la realidad, creo que en este paciente está siendo de suma importancia; de alguna manera le está enseñando que no puede hacer lo que quiere y le da la gana, inicio de la capacidad de tolerar la frustración y contener la impulsividad.
- d) Debido a la relativa mejoría de los vínculos es que el paciente se siente más reconocido y valorado y por tanto menos vulnerable todo lo cual le ayuda a poder enfrentarse a sentimientos y afectos más dolorosos como los celos, la envidia, la incapacidad, la vulnerabilidad, etc.
- e) Todo esto permitirá que podamos hacer un trabajo a un nivel más interpretativo y

en el que la relación no sea casi lo único en lo que se sustenta el tratamiento, ya que hasta ahora es a través de ella que hemos podido ir pensando y sintiendo sobre sus pensamientos y sentimientos, o sea desarrollando su capacidad de mentalizar.

No obstante todos estos logros conseguidos están solamente apuntalados, por lo que se hace necesario (y más dada su problemática física) que el paciente tome conciencia (rectificación subjetiva) de la necesidad de dejar de beber pues sino todo nuestro trabajo se puede ir al garete. Estaríamos por tanto aún en el primer momento de un tratamiento de drogas, el momento en que el paciente ha de tomar la decisión de dejar de consumir y al ser un adicto ha de recurrir a un programa de desintoxicación para continuar con el tratamiento. No es momento para extenderme en lo que hoy denominamos “enfermedad cerebral” ya que no es que el paciente use las drogas, ni que abuse de ellas, sino que es un adicto, lo que significa que, relativamente, las drogas han tomado el control de su vida y hasta que no se deje de consumir el trabajo no se podrá realizar con plenitud y garantías. No obstante esto nos llevaría, también a un debate que hoy no toca.

De la práctica a las abstracciones teóricas

Dodes (1990) puntualiza que los drogodependientes no alcanzan pleno éxito en su intento de compensar sus extremos sentimientos de vulnerabilidad. A pesar de que en el corto plazo los psicoactivos pueden producir una sensación de dominio de sí, en el largo plazo la adicción llevará a lo contrario: una carencia de control sobre la propia vida. Más aún, un círculo vicioso se instalará cuando el dependiente trate de compensar los sentimientos negativos asociados a su falta de control por la vía de retomar una vez más el consumo.

En la revisión que hace Dodes de las teorías psicoanalíticas contemporáneas sobre las adicciones (la psicología del Self, la perspectiva freudiana clásica y la teoría de las relaciones objetales) encuentra como fenómeno nuclear subyacente a las distintas conceptualizaciones una profunda vulnerabilidad narcisística.

Entiendo que lo importante en la psicoterapia es la singularidad del sujeto, su subjetividad, producto de su historia que lógicamente tiene que ver con la calidad de los vínculos que ha tenido. Digo esto porque creo que decir que un paciente tiene una profunda vulnerabilidad narcisista es una generalidad (yo diría que todo paciente es vulnerable narcisísticamente), generalidad que cobra sentido en la subjetividad de cada paciente; subjetividad que se va a ir descubriendo y co-creando en el desarrollo de la psicoterapia.

Es la sobreprotección de la madre junto con la ausencia del padre uno de los patrones prototípicos en las familias con hijos adictos. Sobreprotección de la madre que no permite la diferenciación y el desarrollo de la autonomía en el hijo el cual queda adherido a este tipo de

comportamiento vía refuerzos y castigo y vía identificación con este modelo relacional.

En líneas generales en este tipo de pacientes los cuidadores son incapaces de autorregular sus propias emociones y recurren al uso indiscriminado de medicamentos, de tabaco en forma compulsiva, el uso de alcohol o de comidas frente a la ansiedad, o el comprar o trabajar o hacer cosas compulsivamente para calmar la angustia, lo que va construyendo en el hijo un modelo donde el pensar, esperar y controlar los impulsos no existe; en cambio, la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar. Recordar que el padre tuvo un infarto a los 48 años probablemente influido por el estrés de sus negocios, de la madre ya sabemos de sus miedos y ansiedades. Estas condiciones tienen una alta probabilidad de generar una personalidad preadictiva que al juntarse con la droga pasa a la categoría de adicta, E. Kalina (2006). En otras palabras, en estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de los impulsos porque no existe nadie que lo enseñe. No hay modelos coherentes de reflexión, de espera.

El adicto está siempre pidiendo, es decir, buscando la gratificación inmediata porque no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento. Es un ser crónicamente “hambriento”. Por estas características es que Freud planteó la importancia de fijaciones orales en la dinámica de la adicción. En esta fijación se fundamentó la clásica descripción de la existencia, en la personalidad del adicto, de un yo débil, incapaz de tolerar las frustraciones.

Eduardo Kalina sostiene que la intolerancia al fracaso, a la frustración, a la pérdida o a la incertidumbre constituye distintos grados y modalidades de una esencial intolerancia a la finitud, a la contingencia, al desamparo existencial. La inseguridad en sí mismo, el temor a ser destruido, revelan, por la constancia con que se manifiestan y la violencia con que se adueñan de este tipo de personalidades, que la estructura yoica del adicto potencial es notablemente endeble.

En las familias del adicto se observan **patrones disfuncionales de relación** que buscan controlar al adicto. Este patrón disfuncional de relación tiene que ver con la falta de límites, conductas inapropiadas y de rescate, deseos de cambiar a la persona adicta dejando de vivir para vivir la vida del otro. Es muy común el establecimiento de un vínculo fusional, simbiótico con la madre que no es roto por el padre en donde este queda desplazado, relegado, incluso ausente lo que dificulta la capacidad de aceptar la realidad, esa realidad que a su vez pone límites al mundo de los deseos y del placer, mundo al cual parece que estos pacientes se quedaron “enganchados”.

Los límites tienen que ver con el amor sano, con el cuidado. El límite determina el territorio, el lugar de cada integrante de la familia.

Dice Ali M. Ayubi D. (La familia disfuncional) los hijos necesitan estructuras firmes, sentido de pertenencia, valoración, refuerzo de la autoestima, reglas claras y límites precisos.

Tienen efectos negativos: La debilidad de carácter o su opuesto, la incoherencia en las

reglas, la indecisión, la indiferencia, la sobreprotección obsesiva, la ausencia de valores, y los modelos diluidos o pesimistas. Todos estos son elementos que contribuyen para convertir al adolescente en un buscador de sustitutos que cubran las carencias del hogar.

Para E. Kalina el logro fundamental como criterio de curación en personas con problemas de adicción a las drogas es *La introyección asimilada del NO como posición límite. Del NO como ley.*

El NO delimita nuestro yo del yo de los otros y nos obliga a superar nuestras infantiles concepciones narcisistas de la vida. Los adictos y sus familias son exponentes modelos de la persistencia estructurada de relaciones narcisistas interpersonales.

Khantzian considera que los orígenes de la incapacidad para regular los afectos provienen de la infancia temprana y del fracaso en 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 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.

Como hemos podido ver en nuestro caso, al paciente no se le enseñó a cuidar de sí mismo, los otros son los que se ocuparan de ti, por tanto no incorporó la capacidad de autocuidado y sobre todo no incorporó el reconocimiento de los otros y el suyo propio cuando uno se tiene que enfrentar a las dificultades de la vida, lo que además le generó un sentimiento de incapacidad y no le ayudó a desarrollar los recursos necesarios para la tramitación y negociación de las dificultades que la vida genera, como pueden ser el paso por la adolescencia, la búsqueda de pareja, la lucha por labrarse un futuro, etc. Todo esto generaba en el paciente un sentimiento de incapacidad/impotencia e indefensión y vulnerabilidad que le sumía en una profunda apatía y desinterés por la vida; lo que le llevaba a defenderse de ello por medio de mecanismos como la negación, la evitación, la evasión y la búsqueda de sustancias que le permitieran sentirse que estaba por encima del bien y del mal. En definitiva volviendo a sentir el sentimiento de completud y omnipotencia que todos primariamente hemos sentido, con la dificultad de que el vínculo con sus cuidadores no ayudó a poder tramitar de mejor manera las dificultades que el proceso de indiferenciación/diferenciación requiere.

El aporte de la Psicoterapia Relacional en este tipo de pacientes

En los pacientes adictos la no aceptación de los límites que la realidad impone lleva a la negación e intento de trascender esta por medio del recurso al consumo de drogas. La droga es el rechazo de la finitud, de la castración y del ser para la muerte. Negación de todo límite

posible, que prefiere la promesa de la completud a la miseria de la falta que caracteriza a los seres humanos normales. En términos lacanianos, frente a la castración que humaniza, el imperativo superyoico promueve el cumplimiento inhumano del ideal del goce por el goce mismo, fuera de toda temporalidad y finitud.

Las experiencias en diversos países demuestran que no es desde el campo de la represión y la pedagogía autoritaria como puede rescatarse al toxicómano de su patología, sino desde una perspectiva psicológica que sea dinámica y se haga cargo de su locura, soportándola y acompañando al enfermo en las diversas etapas que atraviese a lo largo de su desazón.

Según Olievenstein "El rol del terapeuta es aquel que conduce poco a poco al deseo del paciente de construir una identidad diferente de aquella del drogadicto, sin esta alucinación a dos no hay lugar para la falta".

Sólo franqueando las fronteras que reprimen el sin-sentido se puede actuar en la subjetividad del drogadicto, "como co-explorador del sentido, paso a paso, en los mismos caminos-para un verdadero trabajo de reajuste de la historia del sujeto, tal como ella es vivida por él, una realidad más tolerable devendrá en él. Lo que no será posible, repitámoslo, sin la parte de iniciación del clínico en los "hechos primeros" de la vida del drogadicto". Por supuesto, toda suerte de resistencias se juega en marcha, en la cura del drogadicto como parte de las transferencias múltiples.

Como hemos visto los Lacanianos hablan de traer al sujeto a escena, cuestión lógicamente primordial para poder trabajar con ellos, sin embargo desde la psicoterapia relacional, y teniendo en cuenta esto, lo que se trata es de que paciente y terapeuta están los dos en escena, con sus singularidades y subjetividades y por tanto co-construyendo un campo intersubjetivo. Diría más, como hemos visto en este caso el que desde un inicio ha de estar con su subjetividad y disponibilidad es el terapeuta ya que si no muy probablemente no consigamos traer a escena al paciente.

Como hemos visto es en el vínculo con los cuidadores primarios donde aprendemos nuestro modelos operativos internos, nuestros esquemas relacionales y como no nuestros patrones disfuncionales de interacción, por tanto es desde la relación con un otro (dispuesto a entregarse a dejarse usar al modo de Winnicott por el paciente) que **reconozca y valide** nuestros afectos y sentimientos que se van a poder ir co-construyendo nuevos patrones de relación más funcionales, así como modelos operativos internos más en consonancia con nuestro verdadero Self y más capaces de aceptar e integrar las diferentes realidades a nuestros esquemas mentales.

Es la psicoterapia relacional un excelente modo de acercarnos a este tipo de pacientes, ya que es en la relación donde se generan las dificultades y es desde la relación donde podemos encontrar la manera más óptima y útil para abordar estas, siempre y cuando

estemos **disponibles** para aceptar los retos que en este vínculo se nos van a plantear.

En la psicoterapia con estos pacientes podríamos decir que hay un antes y un después de que el sujeto aparezca en escena. Esto significa que en la mayoría de los casos nos encontramos con un paciente que actúa sin reflexionar (no hay capacidad de mentalizar) y que por tanto no trae a la sesión afectos, emociones, sentimientos y cogniciones que tengan que ver con su manera de interpretar y sentir la vida (con su singularidad subjetiva). Por tanto antes de que el paciente aparezca en escena y para que esta aparición se produzca tendremos que contener y sostener nosotros la posible y potencial aparición de la relación pues el sujeto no es capaz de vincularse, lo cual es una de las dificultades centrales en este tipo de pacientes. Para ello es necesario que estemos disponibles para ser usados por el paciente siendo empáticos con los afectos y emociones que el paciente nos provoca pero que él no registra, o sea haciendo uso de nuestra capacidad de mentalizar lo que de alguna forma le puede también servir como modelo. Ahora bien, también debemos ir mostrándole poco a poco que hay una realidad y unos límites que la marcan, que lo que sucede no sucede porque sí, sino que tiene unos antecedentes y unas consecuencias. En estos primeros momentos del tratamiento me parece de ayuda lo que los terapeutas cognitivo-conductuales llaman el análisis funcional de la conducta. Se trata de poder ir viendo con el paciente que pensamientos, sentimientos, etc. le llevaron en un momento determinado a consumir y cuáles fueron las consecuencias externas e internas de este consumo. Es muy común, como hemos visto anteriormente, en estos pacientes que ante las frustraciones que la realidad presenta, debido a sus sentimientos de vulnerabilidad, sientan que no pueden afrontarla o soportarla debido a lo cual recurren al consumo de drogas gastándose un dinero y sintiéndose después culpables y avergonzados.

Por medio del trabajo con este tipo de microprocesos podemos ir generando en el paciente una mejor capacidad de tener en cuenta sus estados emocionales e ideas, así como generando un mejor vínculo para tratar de que vaya apareciendo cada vez más el sujeto, su historia, en definitiva todo aquello que tiene que ver con sus vínculos familiares y patrones relacionales que conformaron su forma singular de ver la vida y de vivirla.

Todo esto irá creando en el paciente una mayor conciencia de su propia realidad, momentos que tendrán que ir viendo con el después de que el sujeto ya ha aparecido en escena y que por tanto van a exigir una mayor presencia y trabajo de la interpretación, así como un mayor trabajo con el inconsciente dinámico y conflictivo. El paciente, si todo va bien, adquirirá un mayor entendimiento de su adicción y de lo que le llevó a ella, así como una mayor capacidad de afrontamiento de la realidad debido a su menor vulnerabilidad narcisista y a un sentimiento de sí más cohesivo y estable.

REFERENCIAS

- Adams, J., Heath, A., Young, S., Hewit, J., Correy, R. y Stallings, M. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 691-712.
- Altamora D. (2006). *Las sombras del goce. Para una clínica de las adicciones*. Buenos Aires: Letra Viva.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- André Sassenfeld J. Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Revista CEIR*. Vol. 4 (3)- Octubre 2010; pp. 562-595.
- Andrews, J., Tildesley, E., Hops, H. y Fuzhong, L. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 349-357.
- Antolín López Acosta C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Revista: Psykhe*, Vol.15, Nº1, 67-77.
- Aquilino, W. S. y Supple, A. J. (2001) Long-term effects of parenting practices during adolescence on wellbeing outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues*, 22, 289-308.
- Arnau D. C. (2006). Comunidades terapéuticas: la transformación invisible.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, 235-253.
- Ávila Espada, A. Poch, J. (1994). Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2): 195-220.
- Ball, S., Poling, J., Tennen, H., Kranzler, H. y Rousanville, B. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 545-553.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Bilbao Marcos F. (2002). La psicopatología de las adicciones desde el psicoanálisis.
- Bilbao Marcos F. (2002). Teorías psicoanalíticas sobre lo simbólico y la personalidad adictiva.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
- Calafat Far A.; Fernández Gómez C.; Juan Jerez M.; Becoña Iglesias E.; Gil Carmena E.; *Diversión sin drogas: utopía y realidad*. Valencia: IREFREA España. 2004
- Castelli Gustavo L. (2013). Trabajando con pacientes en los que falla la capacidad de mentalizar. *Revista Aperturas Psicoanalíticas Nº45*.

- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Supl. 1), 62-73.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Dawe, S. y Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- De Icteta, M. (2005). Nuevos conceptos sobre la neurobiología de las adicciones a drogas, *Revista: Aperturas psicoanalíticas* Nº 19.
- Erikson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del self. *Revista aperturas psicoanalíticas*. Nº 30 Diciembre 2008.
- Friedman, A. S. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275.
- Gonzalo Acuña G. (2009). Una aproximación psicoanalítica contemporánea al entendimiento de las adicciones.
- González Guerras J. (2006). Los estilos educativos. II Programa de formación para la participación de las familias y alumnos en el sistema educativo de Castilla y León.
- González Guerras J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanías, pp. 146-164. *Revista CEIR*, Vol. 2; Nº1.
- González Guerras J. (2011). Yo solo, por ahí, lleno de mocos. Reflexiones sobre el tratamiento relacional de la adicción grave, pp. 525-542. *Revista CEIR* Vol.5; Nº3.
- Hay, I. y Ashman, A. F. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 77-91.
- Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. y Anderson, B. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71.
- Heather N., Wodak Alex., Nadelmann E., O'Hare P. La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo. Grup Igia, Barcelona, Octubre 2004.
- Huntington, S. (1997). *El choque de las civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial*. Barcelona: Paidós.
- Ingelmo, J. M^a I. Ramos, J.A. Méndez y E. González (2000). El enfoque Modular-Transformacional de

- la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Revista de Psicoanálisis: Aperturas Psicoanalíticas* Nº 5.
- Kalina, E. (1997). *Temas de drogadicción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597.
- Le Poulichet, S. (2012). *Toxicomanías y psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Llorente del Pozo, J., & Fernández, C. (1999). Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
- Lyons-Ruth, K. (2006). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego desorganizado. *Revista Aperturas psicoanalíticas* Nº 29.
- Martínez-González, J. M., Trujillo, H. y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Martínez M., Alonso C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Revista Adicciones*. Vol 15, Nº2; Pags. 145/158.
- Massimo Ammaniti y Cristina Trentini (2011). Como los nuevos conocimientos sobre Ser Padres revelan las implicaciones neurobiológicas de la intersubjetividad: Una síntesis de las investigaciones recientes, [pp. 60-84]. *Revista CEIR*, Vol. 5; Nº1.
- Megias Valenzuela E. (2006). Las drogas el peaje del bienestar. Congreso FAD, Sociedad, Familia y Drogas.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40.
- Moguillansky J. Rodolfo. (2002). *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Buenos Aires: Mejico.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Musitu Ochoa G., Martínez Ferrer B. (2009). Familia y escuela. Una complicidad necesaria en la prevención de las drogodependencias. Congreso Hablemos de drogas.
- Newcomb, M. y Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of

- young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 64-75.
- Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200.
- Olivar Arroyo A. (2011). Aplicaciones de la neurociencia de las adicciones en los modelos preventivos. *Revista trastornos adictivos*, 2011; 13 (Supl. 1): 20-26.
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., Aspy, C. B., Rodine, S. y Marshall, L. (2007). Does family structure matter in the relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use? *Journal of Research on Adolescence*, 17, 743-766.
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263.
- Pfiffner, L., McBurnett, K. y Rathouz, P. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 357-367.
- Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88S, S4-S13.
- Romero, A. y Ruiz, M. (2007). Does familism lead to increased parental monitoring?: Protective factors for coping with risky behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 143-154.
- Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J. y Read, K. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
- Salvador, T. y Del Pozo, J. (2010). *Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*. Edita: Gobierno de la Rioja.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.
- Sher, K., Bartholow, B. y Wood, M. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 818-829.
- Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 386-394.

- Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Original recibido con fecha: 29-9-2014 Revisado: 17-10-2014 Aceptado para publicación: 27-10-2014

NOTAS

¹ Comunicación presentada en las *Primeras Jornadas Ibéricas de Psicoanálisis Relacional*. Cáceres, 9 y 10 de Mayo de 2014.

² Psicólogo clínico y Psicoterapeuta, Máster en Psicoterapia Relacional y Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Centro Self, Salamanca (C/Sorias 7-11, bajo dcha. SALAMANCA). josegg@usal.es