

# Boletín FORO

Alcoholismo y otras  
Farmacodependencias

42

Publicación Periódica de



ASOCIACION URUGUAYA PARA LA PREVENCIÓN  
DEL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA

**1985 - 20° Aniversario - 2005**

**LAS ADICCIONES SOCIALES: ¿ÚLTIMO Y SILENCIOSO ESLABÓN?**  
Dr. Fredy da Silva Rodio

**DROGAS, CRISIS y COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALÍTICA**  
Lic. Eliseo M. González Regadas

Segunda Epoca  
Año 17 Nro. 42  
Junio de 2005  
Impreso en el IIN/ OEA  
Av. 8 de Octubre 2904 (11600)  
Montevideo-Uruguay

# Boletín FORO

Alcoholismo y otras  
Farmacodependencias

42

**Publicación Periódica de**



**ASOCIACION URUGUAYA PARA LA PREVENCIÓN  
DEL ALCOHOLISMO Y LA FARMACODEPENDENCIA**

## **CONSEJO EDITOR**

Lic. Angelina Plada  
Lic. Gustavo Pierri  
Lic. Gabby Recto

Oficina Administrativa: Meliton González 1245 Ap. 102  
Montevideo – Uruguay  
Tel.: 5982 623 0455  
E-mail: [informes@optar.org](mailto:informes@optar.org)  
Web Site: [www.optar.org](http://www.optar.org)

Únicamente los artículos sin firma o firmados por el Consejo Editor reflejan el criterio de la publicación.

Los demás, reflejan los puntos de vista de sus respectivos autores.

Queda autorizada la reproducción total o parcial de los trabajos con la indicación de la fuente .

## **AGRADECIMIENTO**

El Consejo Editorial del Boletín FORO de Optar, agradece muy especialmente a todas las personas que colaboran desinteresadamente para que esta iniciativa de divulgación de materiales especializados en alcoholismo y farmacodependencia sea una realidad permanente. OPTAR reitera, una vez más, su gratitud al Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (IIN/OEA), por el apoyo constante a este boletín.

Montevideo, junio de 2005

## LAS ADICCIONES SOCIALES: ¿ÚLTIMO Y SILENCIOSO ESLABÓN? Dr. Fredy da Silva Rodio

Las Adicciones.

*“Reinan tan duramente sobre los hombres  
a los que llegan a dominar que, mientras  
los encuentran jóvenes y capaces de trabajar  
los obligan a aportar todo el fruto  
de su trabajo  
y a pagar para satisfacer  
sus propias apetencias”  
Jenofonte. Económico I, 22*

El término adicción tiene origen en la palabra anglosajona “addiction”. Para otros deriva del vocablo jurídico francés de la Edad Media, también “addiction”, utilizado para el condenado a depender de otro, el acreedor, por deudas. Los franceses lo tomaron del latín ad diure que significa adherirse o someterse. De todos modos, los conceptos de vasallo o esclavo por un lado y de señor o amo por otro están desde el origen del término y forman el núcleo del concepto de la adicción. A su vez, la definición de la OMS plantea la interacción entre un organismo vivo y los fármacos o drogas e incluye términos como impulso irrepresible y periodicidad.

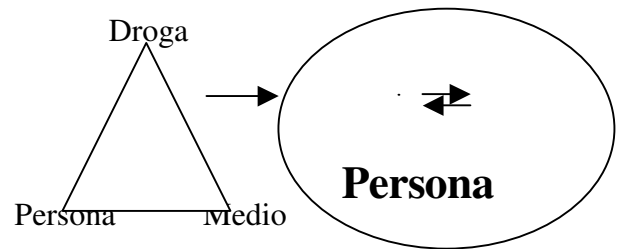
Según el momento histórico han sido llamadas toxicomanías, drogadicciones, farmacodependencias, drogodependencias o simplemente adicciones.

Siempre presentes en la historia de la humanidad, así como también, en constante y permanente cambio.

La concepción de este fenómeno, que a esta altura podríamos llamar clásica, es la representada mediante el triángulo droga-persona-medio. Esta conceptualización del “sistema” muestra con excelente claridad didáctica la necesidad de estos tres ángulos y actores para que se constituya el “problema”.

El modelo que planteamos a continuación complementa y de alguna manera hasta reemplaza al anterior. Nos parece más ajustado a los conceptos actuales, aún cuando los conte-

nidos sean los mismos. Implica una reorganización en los términos del problema, una reformulación del mismo. Se puede graficar a través de una serie de círculos concéntricos. La conceptualización se basa en la estructuración de campo donde se destaca con mayor claridad el vínculo entre la persona y el objeto, en este caso la droga (aunque, como veremos luego, no es imprescindible que se refiera solamente a una sustancia química psicoactiva), más el contexto donde estos quedan incluidos. El círculo más cercano incluye a la familia, la escuela y el grupo de pertenencia, los más significativos en las edades más tempranas. El barrio, la comunidad, la cultura concéntricamente y más por fuera para luego implicar aspectos religiosos, culturales, sociales y geopolíticos. Según la Teoría General de Sistemas el sujeto constituye con los objetos un sistema de interacciones que hace que el todo sea más que la suma de las partes.



Recientemente se ha empezado a manejar el concepto de las adicciones como una patología del vínculo. Dicho de otra manera, no es la droga la que hace al adicto, o a la adicción, sino el tipo de vínculo que la persona establece con ella. Ya no solo importan las características propias de la droga o del sujeto. La forma anómala en que la persona se relaciona con la droga es lo que define la adicción

Nos parece importante puntualizar las diferencias de esta nueva forma de consumo con el uso tradicional – ritual de drogas. El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas ha estado acompañando al hombre desde siempre, pero, en este caso tenía o tiene una finalidad religiosa o a lo sumo medicinal. La producción de la sustancia era o es natural y en general

estaba a cargo del chaman, o un pequeño grupo asociado a lo religioso o supersticioso, el uso era restringido a ciertas ocasiones prefijadas por la comunidad y a ciertas personas, por lo general autoridades religiosas o políticas. Este se daba en ciertas regiones geográficas focalizadas (“foco cultural”). En cuanto a la sustancia se trataba en general de una sola y misma droga natural que se usaba por la misma vía. La sustancia era un instrumento, una herramienta para la búsqueda de un fin. Weil plantea que *“el deseo de alterar periódicamente la conciencia es un impulso innato, normal, análogo al hambre o al impulso sexual”* e implica la posibilidad de acceder a un nivel superior de conocimiento y de vivencias que llega a incluir el encuentro con espíritus o dioses.

Posteriormente aparecen las toxicomanías clásicas, éstas reconocen motivaciones individuales más que grupales o comunitarias, el consumo es más hedonista que místico o religioso. La producción sigue siendo natural como en el caso del opio y la marihuana pero ya no está controlada por el propio individuo y la adquisición sigue leyes del mercado, siendo en la mayoría de los casos de carácter ilegal. La droga se constituye en un instrumento para fines más elevados, ahora creativos literarios, musicales, ingresando en el mundo de las artes y las letras. El patrón de consumo continúa siendo con una misma droga, por una misma vía, con un mismo objetivo y fundamentalmente en usuarios adultos.

*“Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte”.*<sup>1</sup>

Más recientemente, en la década de los sesenta el fenómeno vuelve a cambiar, y surgen las toxicomanías modernas, asociadas a una creciente sociedad de consumo.

Surgen términos tales como droga de inicio, droga legal, droga permitida, droga tolerada, droga de preferencia, droga problema. *“La toxicomanía no aparece ya como una llamada súbita, y quizá pasajera, sino como una circunstancia permanente con la cual fue necesario aprender a vivir”.*<sup>2</sup>

La sustancia se transforma ahora no en un medio para un fin más elevado, sino en un fin en si misma, se constituye entonces en un objeto, en un bien de uso, en una mercancía.

Aquí comienzan a tener su lugar las drogas de diseño o sintéticas debido al desarrollo tecnológico más avanzado en la historia de la humanidad que permite fabricar drogas más potentes, más baratas, más difíciles de rastrear y de controlar.

Es con las toxicomanías modernas que surge el fenómeno del narcotráfico. Sin entrar en el tema y para tener una idea de la entidad del fenómeno del narcotráfico solo citamos que de los 200.000 millones de dólares que se manipulan diariamente en los mercados económicos internacionales, unos 60.000 millones están “de alguna manera” relacionados con el narcotráfico<sup>3</sup>

También disminuye la edad de los usuarios. La adolescencia, nuevo grupo de consumidores desde la década del sesenta, ha aportado y aporta su dinamismo al proceso de cambio casi permanente en esta área. Con ellos variaron los códigos de conducta y éticos, se incrementó y toleró el consumo, el fenómeno de experimentación con drogas se hizo más permisivo y hasta obligatorio en algunos grupos representantes de ciertas sub culturas, el proselitismo a favor del consumo de algunas drogas creció enormemente y con ello el consumo y por lo tanto la adicción. Por supuesto han incidido otros factores tales como el deterioro en la organización familiar, la desestructuración de la familia latina clásica producto de una región empobrecida por las crisis políticas y económicas entre otros tantos factores que hacen a la complejidad del fenómeno, los cuales no vamos a señalar en

<sup>1</sup> A. Escotado (1992) *“Historia General de las Drogas”*, Ed. Alianza, Madrid,

<sup>2</sup> M. Pelletier, 1978

<sup>3</sup> Herber Hardingham: Universidad Autónoma de México.

no, los cuales no vamos a señalar en este momento, pues no es el motivo de este trabajo. Sin embargo es importante destacar que algunos autores le atribuyen especial énfasis al contexto económico, social y político crítico a la hora de explicar el uso indebido de. Desde esta perspectiva las adicciones se relacionan o son parte de una crisis de la sociedad occidental. Recordemos que el contexto geopolítico de las décadas de los ochenta y noventa en América Latina se caracterizó por la disminución en el ingreso per cápita, el creciente desempleo, los problemas demográficos, la migración interna, los déficits en los servicios de salud y de educación (incremento de la población fuera de la estructura educativa), el desarraigo cultural, la aparición de nuevos valores extraculturales (competencia, individualidad, agresividad), etc.

Agregamos la dramática “actualización” de los prepúberes que siguiendo el ejemplo de los adolescentes, ingresan en el mundo del consumo experiencial de sustancias psicoactivas más precozmente. Este fenómeno en Uruguay se constata a través del descenso en la edad de inicio, según datos de las investigaciones epidemiológicas.

El uso indebido de drogas se ha transformado en uno de los fenómenos más preocupantes con los cuales debe enfrentarse el hombre actual. Es dinámico, cambiante, polideterminado, en su génesis confluyen, como en la formación de un río múltiples factores, muchos de ellos tan difíciles de ver como el origen o el nacimiento de un caudal. Estos pueden ser de índole genética, biológica, psicológica, familiar, cultural, política, ecológica y social. Pero la desembocadura del río en el mar es más fácil de apreciar, y de diagnosticar, aún por el lego. La sociedad actual facilita y hasta promueve las adicciones a través de un doble mecanismo: la creación de sensaciones de vacío y angustia, aumento de las exigencias y proliferación del estrés por un lado y la búsqueda de gratificaciones inmediatas por otro. Esta sociedad actual provee los recursos para ambos, constituyéndose en una civilización adictiva como ninguna otra en la historia.

Al decir de Betelheim, la cultura del bienestar está teniendo un gran malestar y los jóvenes inmersos en este malestar buscan un bienestar drogándose. Predomina entonces, la búsqueda del placer inmediato, aunque sea momentáneo, la maximización de ese placer junto a la minimización y hasta la negación de las situaciones de displacer o dolor, dentro de las cuales se pueden incluir además las consecuencias del consumo.

Actualmente se agrega que ya no solo es la búsqueda y el uso de sustancias que provoquen sensaciones gratificantes o de bienestar sino que, como nunca antes, aparecen otras conductas de consumo.

Es el postmodernismo un nuevo estado de la cultura donde se expresa, para algunos la lógica cultural del capitalismo tardío. Coincide con la caída de las utopías y el crecimiento de los ideales ligados al aquí y ahora, al consumo en el sentido de lo incorporativo, lo inmediato pero también lo efímero y lo superficial, lo hedonista donde el compromiso emocional con el otro es mínimo, es “light” o no existe. Para el clínico esto ha significado un cambio en el perfil de la consulta. Actualmente vemos muchos menos pacientes portadores de las neurosis clásicas, en cambio se han incrementado los trastornos de personalidad, sobre todo del Grupo B del DSM IV. Una de las probables explicaciones para este fenómeno son los cambios sociales a los que hacemos referencia. El consumismo, entonces, aparece y se impone, como una exigencia. Es vivido por la persona como una necesidad. Se trasmite como un modelo, como una propuesta de búsqueda de la felicidad a través de la posesión de objetos en este contexto de relativismo cultural y ético. El valor subjetivo dado al objeto muchas veces supera el objetivo y a veces es a la inversa generando confusión o culminando en una especie de “todo vale” para la obtención de los mismos con la consecuente pérdida de límites y desorientación en donde se mezcla de manera intrincada la supuesta libertad y el poder de lo material. Esto en un mundo en el cual todo se vende o se compra según los intereses de cada uno y donde, y aquí volvemos a lo nuestro, la droga es una mercancía

más, un bien de uso con un valor determinado en el mercado. La droga se transforma en palabras de E. Rojas en “*una seudomística en un mundo materialista, hedonista y de consumo*”. La drogadicción es la enfermedad que representa con mayor claridad la sobreadaptación del individuo a la sociedad de consumo debido a sus características de compulsión, inmediatez, logro de efectos placenteros inmediatos, aceptación y hasta integración del consumo en situaciones sociales, etc. El adicto es, o funciona al menos en su primera etapa, aunque nos pese reconocerlo, como un hiper adaptado. Es el ejemplo, el representante por antonomasia de este sistema social.

Esto es tan así que muchas veces cuando el adicto es segregado o marginado por su entorno inmediato, o por la sociedad en general, no se siente estigmatizado ni desacreditado sino que lo vive como un valor de carácter positivo, como un atributo que lo integra a un grupo social, le da un rol en el grupo de pertenencia, el correspondiente al del consumidor o adicto. El estigma de la droga reúne, agrupa, mas que separa o margina: identidad grupal y sentido de pertenencia que se reafirma por los aspectos externos como tatuajes, peinados, adornos, vestimenta, pero también lenguajes, códigos, etc. Existe toda una estética y una ética que la acompaña y la fundamenta. En todo caso el adicto se automargina, aunque esto no quiere decir que en múltiples situaciones sobre todo en nuestro país sea también marginado por la “sociedad” (colegios, familias de conocidos o amigos, etc.) generándose un doble mecanismo con resultados desastrosos para el progreso de la enfermedad.

*“Los griegos ...crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba...una persona corrupta, ritualmente deshonorada, a quien debía evitarse”*<sup>4</sup> El estigma nomina lo distinto, lo segrega del grupo, del contexto sociocultural, el momento histórico. Es un atributo deshonoroso, que pro-

duce un descrédito en la imagen social de un individuo deteriorando en la práctica su identidad y sus oportunidades, sin embargo es también un dador de identidad, en nuestro caso la de “adicto”, y por lo tanto un estructurante.

Muchas veces se llega a constituir una *subcultura* a través de la creación, droga mediante, de un mundo nuevo compuesto por un sistema de valores y conductas que se desvían del patrón sociocultural imperante. Para citar un solo ejemplo, antes el “robar” tenía una connotación negativa y se usaban para identificarlos en ese medio subcultural términos tales como “afanar”; actualmente en estos grupos la connotación es positiva, y se traduce en la sinonimia del término ganar: “le ganó la cartera”. Estas subculturas son dinámicas y cambiantes en el sentido más amplio, como ejemplo pueden servir lo que fueron los poetas malditos (Baudelaire, Rimbaud, Verlaine) y el haschich o los “hippies” de los años sesenta y las drogas psicodélicas, los “rastas” de los ochenta y la marihuana, pudiendo plantearse más recientemente el caso de los “yuppies” y la cocaína, o el fenómeno del éxtasis.

Hay en la sociedad muchos sujetos que comparten los mismos “objetos”; el conjunto de individuos de un grupo determinado tiene en común numerosos objetos. Cuanto más cercano o íntimo es el grupo más son los objetos compartidos, esto les brinda una identidad cultural. Tengamos en cuenta que en el mundo del adolescente uno de estos objetos del contexto grupal puede ser la droga. Frente a ella el sujeto tiene una cierta libertad de opción, pero, él también es parte del sistema. El objeto droga se transforma en el centro del sistema del individuo, lo capta, lo polariza. El sujeto queda “de-pendiente” o sea “pendiente de” la droga. Cuando ésta está ausente la deseará, pensará en ella, planificará como y cuando consumirla, como obtenerla, con quien compartirla, sentirá su falta, tomará conciencia de su necesidad. El consumidor, estará siendo consumido por la droga o por la ausencia de ella. Si hacemos un paralelismo entre la vida y una obra de teatro podemos imaginar que el individuo sano es aquel que es capaz de ser el

<sup>4</sup> Goffman, E. (1963) “Estigma”, Amorrortu Editores. B.A.

creador de su propia obra, es decir, es capaz de escribirla, dirigirla (observa, critica, modifica) y actuarla, llevándola a escena con éxito. El adicto, como todo enfermo no escribe su guión, es escrito por otros; no dirige su obra es dirigido; no actúa, es pasivo y si algo hace, es orientado a la obtención y consumo de la droga, confundiendo impulsividad con espontaneidad. No son actores, ni directores, ni guionistas, ni siquiera espectadores pasivos. Para terminar y desde un ángulo bastante diferente, podemos plantear la idea de que la sociedad actual implica para el individuo una exigencia de eficiencia, requiere del sujeto, además de una capacidad personal (innata o adquirida durante su formación), los niveles más altos de actividad, concentración, disponibilidad, productividad, etc. La nueva psicofarmacología tiene la posibilidad y el poder de proveer todo esto o de generar la fantasía, la expectativa de que es posible por medios químicos brindar lo que la sociedad demanda, al fabricar y poner a disposición del individuo sustancias que permiten alcanzar estos niveles de funcionamiento tan exigentes a través de la excitación del sistema nervioso central. La droga interpreta a la cultura, la sirve en sus objetivos.

### Las Adicciones Sociales o "Sin Drogas".

*“Constituyen uno de los capítulos más representativos de la Psicopatología anunciada para el siglo XXI tanto por los aspectos cuantitativos como por los cualitativos”.*  
F. Alonso Fernández

Nuestro planteo actual se refiere no solo a las adicciones a fármacos, drogas o sustancias psicoactivas. Pretendemos enfocar el tema con una mayor amplitud y tener en cuenta otras conductas adictivas tales como las que se dan en el terreno de lo que F. Alonso Fernández llama las adicciones sociales. En este aspecto podemos incluir la comida, el juego, el trabajo, las compras, el sexo y algunas más que ve-

remos luego. Este encare se fundamenta desde las más diversas perspectivas, con argumentos muy variados que van de lo neurobiológico a lo psicopatológico teniendo un fuerte soporte en la clínica soberana.

Pueden ser consideradas enfermedades invisibles por “su propensión a pasar inadvertidas por otras personas durante una larga temporada”<sup>5</sup> Estas se acompañan de mecanismos de negación muy fuertes de parte del paciente, de la familia y de la sociedad. Siendo esta última la que además promueve el consumo a través de la publicidad, los medios de comunicación y la creación de modelos culturales y hasta de género. Implicaría algo así como la creación o inclusión en un grupo de trastornos que podríamos llamar “psicopatología de la vida moderna” (¿o post moderna?).

Siempre existieron conductas o comportamientos considerados, en cada momento histórico, como desviados, atípicos o compulsivos, pero en este siglo pasado los cambios sociales, a los que hacíamos referencia anteriormente, hicieron que aparecieran con una mayor frecuencia y marcaran una presencia muy llamativa. Basta recordar a manera de ejemplos literarios “El Jugador” de F. Dostoyevski escrito en tiempo record por el autor a fin de cobrar los honorarios correspondientes para...pagar una deuda de juego, o las compras que llevan a la ruina a “Madame Bovary” de Flaubert o “El Paraíso” de E. Zola sobre el tema de la primer tienda por departamentos de París y las compras compulsivas.

Creemos en la unificación nosográfica de esta serie de conductas adictivas, de patologías vinculares, de anomalías en el control de los impulsos, de alteraciones o trastornos, de fenómenos socialmente condicionados, de psicopatología de la vida moderna, de mecanismos neurobiológicos de búsqueda de gratificación, o de cómo se los prefiera llamar. Los elementos en común, para fundamentar este

<sup>5</sup> Alonso, Fernández F. “*Psicopatología*” (2000)

planteo, son muchos y muy variados. No contamos con el espacio, ni es la finalidad de este trabajo analizarlos, solo diremos que el perfil clínico de estos pacientes, el abordaje y tratamiento son similares.

Siguiendo a Alonso Fernández y con alguna adaptación nuestra tendríamos dos grandes grupos constituidos por:

las tradicionales adicciones a drogas o adicciones químicas y

las nuevas adicciones sociales o adicciones sin droga .

<b><u>ADICCIONES QUÍMICAS</u></b>  (CON DROGA)	Drogas legales	Café tabaco alcohol fármacos
	Drogas ilegales	marihuana cocaína opiáceos
<b><u>ADICCIONES SOCIALES</u></b>	Legales	trabajo comida sexo televisión deportes compras juego internet
	Ilegales	Robo incendio estupro

Quisiéramos agregar de manera destacada dos elementos que a nuestro entender son muy importantes:

Los altos índices de comorbilidad traducidos en el significativo porcentaje de diagnósticos duales en esta patología La comorbilidad *entre “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas”* (CIE 10) y otro diagnóstico psiquiátrico concomitante es muy significativo, fundamentalmente en los trastornos de personalidad. Más de la mitad de los consumidores de

drogas que consultaron en un servicio especializado de nuestro país son portadores de patología psiquiátrica asociada al consumo. En algunos casos como los de alcoholismo crónico o adicción a cocaína estos porcentajes llegan a casi el 80%. Aún no tenemos datos nacionales sobre la comorbilidad con las adicciones sin droga o sociales.

La tendencia a la asociación y al pasaje de una a otra de estas conductas adictivas. En nuestra práctica clínica, las más frecuentemente encontradas son la asociación entre alcohol y cocaína, tabaco y juego, compras y bulimia, tabaco y comida, trabajo y opiáceos o fármacos estimulantes (incluido el café), deportes y anfetaminas, juego y trabajo, cocaína y juego, cocaína y sexo. Por supuesto también son las más habituales entre las comunicadas por la literatura. Un punto aparte merece el tema de la adicción a internet que por ciertas características muy peculiares, en las que no vamos a entrar en este momento, puede asociarse con gran facilidad al juego, al sexo y a las compras integrando o permitiendo el pasaje entre varias adicciones sociales. Será motivo de nuestro próximo trabajo.

### Aspectos Clínicos.

Las adicciones, cualesquiera sean, aparecen, desde lo psicológico, como un conflicto, una lucha en el interior del individuo entre un impulso a consumir y un control. Mucho podríamos decir de las características de este Interjuego impulso-control y muchas serían las planteos, discrepancias y discusiones entre las diferentes escuelas psicológicas sobre los mecanismos de creación, instalación, mantenimiento y funcionamiento de los mismos. Nosotros planteamos:

**Compulsión**, Muchos autores catalogan a las adicciones como un trastorno en el control de los impulsos. Este trastorno impulsivo podría ser considerado como multi impulsivo, ya que existe una tendencia a la asociación y al pasaje de uno a otro con gran frecuencia. Los pasajes del alcohol a la cocaína y viceversa , del tabaco a la comida (sobre todo durante los intentos de abstinencia). Las asociaciones al-

cohol con tabaco o con juego, cocaína con sexo, anfetaminas con deportes, trabajo con abuso de alcohol, con comidas copiosas, con opiáceos y estimulantes, compras con comida, internet con compras, con juego, y con sexo. Se define a la compulsión como un impulso sistemático e irreprimible que se traduce en un acto difícil de controlar a pesar de que las consecuencias sean evidentes y conocidas. También se vincula a un acto o conducta que aporta un placer, un bienestar inmediato, o en etapas posteriores tiene la capacidad de calmar un malestar (muchas veces provocado por la propia ausencia del objeto o sustancia) también de manera inmediata.

La influencia de la terminología anglosajona y fundamentalmente estadounidense ha hecho que los términos compulsión y adicción sean prácticamente sinónimos, esto no es así en la psiquiatría clásica española o alemana. Una de las manifestaciones clínicas de la compulsión es la pérdida de control manifestada por la incapacidad de abstenerse y/o detenerse aún conociendo el individuo las consecuencias negativas en los más variados aspectos de su vida: biológico, psicológico, laboral y social. Con esta terminología y jerarquizando este elemento semiológico era que la psiquiatría clásica definía las toxicomanías. El imperativo, manifestado como deseo incontrolable, es consumir (comida, droga, televisión, juegos, etc.) comprar, trabajar, etc. y como consecuencia la libertad se compromete, desaparece como veremos luego.

**Tendencia a la repetición** que se puede asociar al concepto de compulsión, repetición mas o menos frecuente y estereotipada pero siempre presente. La “descarga” se hace en forma de un comportamiento impulsivo, estereotipado con la única finalidad de obtener el objeto. Al mismo tiempo sabemos que cualquier conducta que genere en el individuo una sensación de placer o de bienestar es muy probable que tienda a ser repetida y por lo tanto en función de ciertos “patrones desadaptativos” (DSM IV) o características clínicas, corre el riesgo de convertirse en una conducta adictiva. En la primera etapa los efectos de la conducta son casi exclusivamente placenteros

y el reforzamiento es positivo. La “entrega” al objeto de la adicción puede ser a intervalos o intermitente, dependiendo de los mecanismos de control externo, disponibilidad, sentimientos de culpa, etc. Recordemos la frase de Mark Twain, forma jocosa de recordarnos el mito de Sísifo, que si bien se aplica al tabaco puede contener todas las conductas adictivas con o sin sustancia química: *“Dejar de fumar es lo más fácil que hay, yo ya dejé como mil veces”*.

Es frecuente que el consumo, más que una fuente de bienestar en una segunda etapa signifique solo un alivio del malestar provocado por la ausencia del objeto, funcionando como un reforzador negativo. Estamos en el terreno de las adicciones y el deseo de la gratificación inmediata pesa más que la conciencia o conocimiento de las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo.

Ya Epicuro 300 años A.C. decía: *“Actuamos siempre para evitar el dolor y el miedo...el placer es primer bien, innato en nosotros y es a partir del placer que iniciamos cada acto de opinión y rechazo, y que al placer volvemos nuevamente usando el sentimiento como una norma por la cual juzgamos todo lo bueno.”* El placer y el dolor determinan por asociación en la mente del sujeto lo que es bueno y malo para sí.

Como ejemplo de tendencia a la repetición citamos a E. Echeburúa que refiriéndose a la adicción al sexo escribe *“impulso incontrolado que se traduce en una conducta sexual breve, frecuentemente poco satisfactoria, que se repite a intervalos variables siempre cortos-entre algunas horas y escasos días- con mujeres distintas sin reparar en los perjuicios...”*

**Inmediatez**, es una de las características cardinales de las adicciones. Solo las sustancias, objetos o situaciones que tienen la peculiaridad de generar bienestar de manera inmediata tienen la posibilidad de ser adictivos. Esto se manifiesta en los múltiples mensajes que nos trasmite esta sociedad postmoderna representados en la conocida frase *“¡No sé lo que quiero pero lo quiero ya!”*.

Es frecuente el planteo hecho por los consumidores de optar entre “sentirse bien ahora o dentro de 5 años”, lo que muchas veces oculta la incapacidad para adoptar libremente decisiones responsables frente a las más variadas y muchas veces tramposas alternativas que hacen perder de vista que al final el verdadero y último protagonista es el individuo mismo. No olvidemos que esta inmediatez, este “yaísmo” se da en un contexto de relativismo cultural y ético con falsos valores como el éxito económico, el sexo, el dinero, el poder, la perfección física, etc. Unos buenos ejemplos de inmediatez son el de la paciente que salía rápidamente del trabajo para ir a hacer compras innecesarias hasta que fue despedida, el dinero rápido en la ludopatía, los atracones para disminuir la ansiedad y hasta generar euforia, la conducta sexual penetración-eyaculación en el adicto al sexo para disminuir la ansiedad y el malestar, es mayor el deseo de disminuir un displacer que la obtención de un placer. En todos estos casos la gratificación es inmediata y el estímulo punitivo es diferido en el tiempo como cuando llega la cuenta de teléfono de internet.

**Pérdida de libertad**, de la libertad de elegir, de optar y sobre todo de evitar una acción aun cuando se la reconozca como perjudicial para la salud, como sucede con las conductas adictivas. Aquí es donde la voluntad caduca, el pasaje al acto es vivido como incontrolable. La relación con el objeto es inevitable, absorbente, focalizada, centralizada, esclavizante, al mismo tiempo que gratificante, placentera, extática. La sustancia centraliza la vida del individuo, organiza sus tiempos y acciones, su pensamiento y sus emociones E. Kalina decía: *“No puede ser una expresión de libertad adquirir una nueva forma de esclavitud”*.

Dadas las características clínicas de estos “trastornos” a los que hacíamos referencia arriba: compulsión, tendencia a la repetición, pérdida de libertad, pérdida de control e inmediatez surge como obvio que las conductas generadas no pueden solamente vincularse a las sustancias psicoactivas, muchos otros hábitos de consumo llenan estos requisitos y

deben ser estudiados y encarados desde esta perspectiva de unificación psicopatológica.

**Bibliografía.**

Alonso Fernández, F. (2000) “Consumopatía y compra adictiva” Psicopatología 20,1 (47-61). España

Alonso Fernández, F. (2000) “Las adicciones sociales y sus límites” Psicopatología 20, 1 (3-14). España.

Alonso Fernández, F.(1997) “Psicopatología del Trabajo”. Ed Edika Med.Barcelona.

American Psychiatric Association.(1997): “Directrices para la Práctica Clínica. Cap. sobre adicciones” Ed. EdikaMed Barcelona. España.

Clínicas Medicas De Norteamérica (1997): “Abuso de Alcohol y otras Sustancias.” Ed. McGraw-Hill Int. Vol.4.

da Silva, F.(2001) “Algunas consideraciones acerca del diagnóstico de drogodependencia en la adolescencia”. Rev. Uruguay de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Vol. III N° 2. Montevideo

da Silva, F.(1998) “Farmacodependencia” en Introducción a la Medicina Familiar Pág. 198-223, Ed. UDELAR. Montevideo.

Dolto, F.(1989): “La Droga” Palabras para Adolescentes” Ed. Atlántida.

D.S.M. IV. (1995): “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Ed. Masson. España.

Echeburúa, E. (1999) “¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones” Ed. Desclee De Bouewer. Bilbao.

Ehrenberg, A. (1994): “Individuos bajo influencia”. Nueva Visión. Buenos Aires.

Escohotado, A (1992): “Historia de las drogas.” Ed. Alianza Tomos I, II y III. Madrid.

Forselledo, A (1993). “Algunas Reflexiones sobre el Consumo de Alcohol por parte de Niños y Jóvenes en América Latina”. En Infancia y Drogas en América Latina. Tomo II. IIN/OEA. Montevideo.

Forselledo, A. (1994) “Contexto Latinoamericano, salud y consumo de alcohol y drogas por los Jóvenes”. Foro boletín Año 7. Nro. 19 IIN/OEA Montevideo.

Goffman, E.(1963): . “Estigma.” Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Kalina, E.(1994): “Adolescencia y Drogadicción”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Lipovetsky, G. (1994) “La era del vacío.” Ed. Anagrama. Barcelona.

Mc. Dougall, J.: “Las mil y una caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones”. Paidós, 1998. Buenos Aires

Mioli, A. (1976): “Las Drogas”. Ed. El Ateneo. Buenos Aires.

Olievenstein, C.(1986): “La vida del toxicómano”. Ed. Fundamentos. España.

Organización Mundial de la Salud. “Programa sobre Abuso de sustancias”. WHO/PSA. Anexos II y III.1994.

Sarason, I. G. y Sarason, B.(1996): “Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada”. Ed. Prentiss Hall. U.S.A.

Sarue, E; Bertoni, N y Otros (1985): “El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud”. IIN/OEA-CLAPS/OPS-OMS

Sissa, G. (1998): “El placer y el mal. Filosofía de la droga”. Ed. Manantial Bs. Aires

The Psychiatric Clinics of North America. (1999) “Addictive disorders” Ed. Saunders Company. USA.

The Psychiatric Clinics of North America(1993) “Recent Advances in Drugaddiction” Ed. Saunders Company. USA

UNESCO (1973) “La verdad sobre la droga”. Ed. Unesco. Paris.

Yaría, J. (1993): “La existencia Tóxica”. Ed. Lumen. Buenos Aires.

## DROGAS, CRISIS y COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALÍTICA

Lic. Eliseo M. González Regadas

### LAS CRISIS.

Maxwell Jones decía que la Comunidad Terapéutica –término puesto en boga por él- “proporciona una situación de laboratorio para experimentar con métodos que resuelven productivamente situaciones de crisis vitales”.

Para ésta ocasión, les propongo definir como “*crítica*” aquélla situación en la que una persona, grupo, familia o institución desembocan, en razón de haber perdido múltiples apoyos. Esta pérdida puede producirse en forma gradual, o masivamente; y pone en juego las *vulnerabilidades específicas* y los recursos saludables disponibles para su tramitación.

En la vida cotidiana disponemos de *redes de apuntalamiento* múltiples conformadas a partir de nuestros vínculos con personas significativas afectivamente; con nuestra familias (nuclear y extensa); con los grupos sociales de pertenencia; las instituciones y las producciones culturales colectivas, tales como los mitos, ideologías y religiones que, en su diversidad y multiplicidad, nos sirven de apoyo frente a situaciones de un gran desamparo, pérdidas catastróficas y estrés siderante.

Usualmente estos sostenes están organizados de modo virtual- en redes interdependientes que comprometen a una pluralidad de personas y se ponen en juego frente a problemáticas ante las cuales se es extremadamente frágil.

El confrontarnos con éstas situaciones especialmente dolorosas –para lo cual debemos desarrollar dispositivos de seguridad afectiva y confianza entre los participantes- puede constituirse en una enriquecedora instancia elaboradora que conduzca a los implicados a rescatar aspectos saludables, logrando así un afianzamiento de su unicidad psíquica e identidad.

¿Qué ocurre cuando la crisis, vivida como catástrofe, es la resultante de una situación que

provoca una pena intolerable que se evita consumiendo sustancias psicoactivas?

### EL “PACIENTE” ADICTO.

Quiero aclarar que lo que entra en crisis es todo un complejo sistema familiar y relacional.

El paciente adicto que tiene una estructura psicótica, que es aquél con el que trabajamos en Castalia, no es (así lo pienso yo) un sujeto individual en tanto no funciona como alguien discriminado de su estructura familiar. Emerge como el representante de una situación disfuncional que requiere atención específica para sí. En éstas familias aglutinadas no hay una clara separación de funciones y de roles, de separación de las generaciones, etc.. Es un conglomerado con sus integrantes amalgamados el que funciona adictivamente; es decir, de modo patológico y patogénico. El adicto psicótico es el más vulnerable de ése conjunto donde cristalizó lo adictógeno/psicótico circulante en la estructura familiar. Lo adictógeno/psicótico es un concepto dinámico que no alude a la adicción de una persona sino a un circulante transindividual que puede cristalizar en uno o más miembros de una familia. Este circulante patológico y patogénico funciona como moneda de intercambio entre los miembros de la familia; entre sus grupos de pertenencia; en el grupo terapéutico y la institución y es lo que torna a las crisis (y su procesamiento) como algo extremadamente complejo. Para trabajarlo terapéuticamente se requiere un abordaje desde múltiples perspectivas (técnicas y estratégicas) por parte de un equipo –generalmente- multiprofesional y numeroso (para que haya un apuntalamiento recíproco).

¿Qué desencadena las crisis que llevan al consumo a éste tipo de pacientes diagnosticados como duales en la nomenclatura internacional? ¿Cuál es el contexto afectivo ante el cual estas personas son particularmente vulnerables?

Lo que hemos visto en nuestra práctica clínica, es que lo doloroso e intramitable psíqui-

camente, son situaciones donde confluyen el desamparo, las pérdidas masivas, frustraciones de deseos y necesidades imperiosas e incontenibles y un futuro cerrado, carente de perspectivas e ideales motorizadores de acciones.

### EL FACTOR TERAPÉUTICO BÁSICO.

¿Qué consideramos como terapéutico y en qué radica lo terapéutico de una institución destinada a trabajar ésta problemática?

En principio lo terapéutico es la creación de una red estructurante y sostenedora frente a la situación de desamparo radical y pérdida masiva de los ideales; que ofrezca una salida alternativa al consumo de sustancias como forma de tramitar el dolor psíquico. Esta red, diferente a las usualmente conocidas por la persona y su familia es la que se ofrece, en un clima de continencia afectiva y solidaridad, para que sea posible una confrontación con la situación penosa que quiso evitarse apelando al uso o abuso o adicción sustancias psicoactivas.

Esta red terapéutica alternativa a los grupos que estimulan la adicción; está integrada por los concurrentes al grupo de tratamiento (terapeutas y no terapeutas). Además, por las familias de éstas personas y por la estructura institucional que, con su normativa trófica y habilitadora, se contrapone a la legalidad supletoria y perversa que caracteriza a las situaciones adictógenas. Esta red terapéutica comunitaria, de la que los terapeutas son custodios por la función asumida (pero cuyo cuidado no los compromete solo a ellos sino a todo el colectivo) es la encargada de promover el proceso terapéutico; vale decir, los cambios posibles en los individuos y sus familias; así como en la propia institución.

### FACTORES TERAPEUTICOS ESPECIFICOS.

El perfil de personas que concurre a Castalia es el de jóvenes, predominantemente de sexo masculino, con graves trastornos psiquiátricos: psicosis, patologías fronterizas, caracteropatías severas con trastornos de conducta y consumo de sustancias psicoactivas diversas. Las familias de éstas personas son altamente disfuncionales, proclives a la acción, negadoras y con comportamientos impulsivos o violentos.

Este predominio de la fragmentación psicótica, la impulsividad y los frecuentes pasos al acto nos llevan a desarrollar una propuesta terapéutica tendiente a crear espacios de mentalización (por las actuaciones) y de síntesis (por la fragmentación) para preservar una vida psíquica profundamente agredida. Todo lo que propicie un espacio mental reunificado asume una dimensión ética ya que apunta a desarrollar lo distintivamente humano. La búsqueda del sentido que para cada uno –y para el grupo– tiene cada actividad (desde el compartir una merienda hasta proyectar y realizar una salida grupal); se transforma en una oportunidad para la creación de un espacio donde lo reflexivo/afectivo nos remite a su dimensión simbólica (como forma de salir de lo concreto y del consumirse como puro acto, cortocircuitando las posibilidades mediadoras de un lenguaje cargado de sentido y propiamente humano). Voy a mencionar un par de ejemplos de la práctica.

En una ocasión, una terapeuta estaba trabajando con un grupo de personas intentando que discriminaran estados de ánimo, afectos y que pudieran identificarlos y nombrarlos. La tarea propuesta era hacer caras con arcilla y pintarlas con un solo color: caras alegres, tristes, de sorpresa, amor, enojo, etc. Los integrantes del grupo solo tomaron dos colores para pintar lo que cada uno había hecho: el negro y el blanco. Uno de ellos comenta: *el negro es un color bárbaro porque tiene de todo; y pinta todo color negro. Otro usa el blanco porque es el color de Dios y Dios está en todo lo bueno.*

La terapeuta, impactada por éste mundo maniqueo, percibe que los integrantes del grupo empiezan a ponerse hiperactivos y resuelve traer comida. Se abalanzan para devorarla vorazmente. Luego retoman espontáneamente la tarea, abandonando el empleo del blanco y el negro en su pintura. Pintan las caras restantes utilizando todo el espectro de colores y les adjudican un afecto que dicen que ése color en particular representa y no otro. La comida generó un espacio de mentalización para los afectos que, al comienzo, eran todos negros; o, en el mejor de los casos, blancos y negros.

La otra situación ejemplar está relacionada con las posibilidades de síntesis o reunificación. Un paciente, alucinado y perseguido, se pone en cuatro patas debajo de una mesa *para buscar algo*. Esta situación provoca terror en el resto que se van desorganizando: uno va al baño, otro a fumar, otro se balancea en su silla incontinentemente, otro toma una pelota y comienza a hacerla picar. El terapeuta de ése grupo toma un gran cartón y materiales que previamente –durante una caminata por los alrededores- habían recogido. Coloca el cartón, los materiales y varios tipos de sustancias adhesivas, diciéndoles con voz enérgica: *ahora vamos a armar el grupo entre todos*. Sorpresivamente, cada uno sale de su mundo y se vuelca –al principio frenéticamente y luego con más calma- sobre el cartón y va pegando los materiales. Mientras hace la tarea uno de ellos dice: *éste sos vos, éste soy yo, éste es el perro, éste es el porro, éste es el aire, ésta la habitación, éstas son tus piernas, éste mi brazo...* y así sucesivamente. Construyen una especie de Guernica que luego cuelgan en la pared y la bautizan *yo y nosotros*.

En éstos ejemplos, los actos comienzan a tener posibilidades de representación mental y a ser pasibles de tramitación psicológica a través de su comprensión.

### **UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALÍTICA.**

¿Qué es una Comunidad Terapéutica para el tratamiento de las adicciones?

Tal como yo la entiendo es la que un grupo instituyente\* ha instituido con el propósito de promover alternativas a un estilo de vida organizado en base al consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado es un lugar donde se privilegia el no consumo y una escala de valores que incluyen la reciprocidad, la honestidad, la solidaridad y la cooperación entre los participantes.

La institución Comunidad Terapéutica –en su modalidad residencial o diurna- es apta para la resolución productiva de las crisis desorganizadoras y que llevan a recurrir al consumo de sustancias psicoactivas, en la medida que el campo vincular dinámico donde se desarrollan las actividades esté dominado por el polo trófico. Si la institución es invadida por la vertiente tanática su supervivencia, como institución terapéutica, se verá seriamente comprometida. La red terapéutica lo es, en tanto se sustenta en el vector trófico que apuntala la vida (el crecimiento, los afectos recíprocos y solidarios, la desviación de los impulsos hacia fines productores de cultura y que propician la consolidación de una identidad sintética y cohesiva promoviendo modelos de identificación diferentes de los que traen los consumidores de sustancias).

Cuando el marco institucional (las reglas de funcionamiento instituidas), deja de ser un continente adecuado para los afectos más primarios; irrumpen el caos, la desorganización, la trasgresión a las reglas de convivencia habilitadoras para producir y crear.

Este desborde de lo tanático generalmente es contrarrestado, a los efectos de la supervivencia, re proyectando los aspectos destructivos y mortíferos sobre los grupos e individuos *más vulnerables* que son los que entran en crisis. Hemos podido identificar en nuestra labor clínica una serie de factores tanáticos atentatorios de la vida institucional<sup>1</sup> que terminan afectando a los grupos, familias e individuos más frágiles.

Destaquemos que la Comunidad Terapéutica, para ser *efectivamente terapéutica*, debe cui-

\* El de los “fundadores” interesados en la temática que convoca a la institución.

dar de ser abierta al entorno socio-cultural donde está inserta; tiene que promover una actitud *activa*, participativa y crítica frente a las situaciones cotidianas que deben enfrentarse y resolverse; siendo esencial una delegación personalizada de las funciones que allí se realizan en base a la habilitación que se evidencia (o no) para su ejercicio.

Hay entre los concurrentes a ése lugar una *comunidad de supuestos* (ideas, fantasías, representaciones, valores, etc.) que actúa como factor cohesivo. A través del *programa de actividades* y de las tareas concretas en condiciones de seguridad afectiva, se reactivan los conflictos y se van elaborando en forma conjunta a lo largo del proceso de tratamiento. Desde mi formación me ha resultado útil esclarecer psicoanalíticamente al proceso terapéutico *ampliando el campo del psicoanálisis* para la comprensión de los dinamismos, la economía y la tópicos de lo que acontece en la Comunidad Terapéutica. Esta *lectura psicoanalítica* incluye el análisis de las representaciones conscientes, pre-conscientes e inconscientes que atraviesan a la institución, de los grupos que en ella funcionan, de las familias y de los concurrentes; con el propósito explícito de modificar un estilo de vida centrado en el consumo de sustancias por otro alternativo. Debo enfatizar que las tareas no se enfocan en el tema del consumo sino en ver qué representa, por un lado y, por otro, en desarrollar proyectos de vida satisfactorios y valorados.

### VIÑETAS CLINICAS.

Voy a traer, ahora, a modo de viñetas, dos situaciones donde personas con estructuras mentales diferentes, entran en crisis al perder puntales y referentes afectivos básicos; y cómo *resuelven* patológicamente esta situación apelando a las drogas. Veremos, además, que sí utilizamos a rajatabla el recurso terapéutico de la confrontación con la realidad penosa – negada o repudiada – corremos el riesgo de incrementar el consumo del individuo frágil y vulnerable.-

### ESTEBAN.

Un joven atractivo, atlético, de veinticinco años, huérfano de padre y el menor de tres hermanos. Su madre, una mujer extremadamente bonita, culta de cuarenta y cinco años y que se movilizaba en círculos intelectuales. Previamente al fallecimiento repentino de su padre por un ataque cardíaco, cuando él tenía dieciocho años; consumió drogas en forma esporádica durante su educación secundaria. El efecto de la muerte del padre sobre la familia fue algo catastrófico y desorganizador. El padre era un exitoso hombre de negocios y deportista “una persona envidiable” en el decir de muchos. Los hermanos mayores de Esteban se van del país y él queda viviendo con su madre que adopta una conducta promiscua, caótica con el manejo de su dinero y que también consume drogas (“para probar”) durante sus salidas a fiestas y bailes, en alguna ocasión junto con su hijo.

En su vínculo temprano con la madre, Esteban fue literalmente atiborrado de leche y complementos alimenticios. No lloraba nunca. Dormía en forma constante y con su barriga siempre llena. Su contexto familiar era el de personas educadas, cultos, de clase media alta. El clima allí dominante era el de una permanente actividad (social, deportiva, cultural...) que singularizaba su modo de hacer familia. Los encuentros entre padres e hijos para hablar y escucharse, constituían la excepción porque allí había siempre “actividad, ocupación y bullicio”.

Los grupos de pertenencia de Esteban estaban compuestos por personas con características similares a las de su familia: mucha acción, mucho movimiento y actividad, un gran despliegue económico y un “no faltar nada”.

Sobre la base de estos puntales Esteban fue elaborando sus *procesos de mentalización* donde las representaciones dominantes eran siempre de “plenitud total”, de estar “colmado por todo”. No había espacio psíquico para aquellas representaciones que guardasen relación con algo que falta, que se pierde, de lo que se carece.

Cuando Esteban debió enfrentarse con la pérdida de su padre, su muerte, con la progresiva “falta de dinero” para hacer “lo que se me diera en gana”, su mecanismo fue decir: “aquí no pasa nada”. Para sostener esta negación se valió de las drogas “para seguir en mi mundo, el verdadero”. ¿Cómo podría funcionar el recurso terapéutico de la confrontación con esta estructura mental donde no hay representaciones psíquicas de lo frustrante? En numerosas ocasiones los compañeros de su grupo le señalaban –sobre la base de sus propios dichos– que su realidad familiar y económica dependía totalmente de su madre. No trabajaba ni estudiaba, sus amistades eran aquéllas con los que se drogaba. No veía a sus hermanos. No cumplía con los horarios y, muchas veces, evitaba llevar adelante las actividades de la Institución. En esta fase inicial, el resultado de la confrontación con una realidad penosa para él era el enojo, las ausencias y un incremento en sus hábitos tóxicos. Se tornaba maníaco, omnipotente, llevaba al acto todas sus impulsiones, y era imposible sostener con él algún tipo de diálogo productivo. ¿Por qué? Porque confrontarse con una realidad tan penosa, con todo lo que había quedado privado, con sus carencias, con el duelo irrealizado por la muerte de su padre le resultaba intolerable por su indefensión. Al menos en esa primera etapa de su proceso terapéutico. Esta realidad fáctica carente de representaciones psíquicas quedó sustituida por el frenesí de la actuación maníaca. En estas ocasiones la confrontación no tenía más que el efecto paradójico de incrementar sus actuaciones.

En estos casos, la confrontación es entre una estructura mental donde hay representaciones arcaicas e ideales de la autoridad –por un lado– y una alternativa trófica por otro: una familia imaginaria no explotadora y que suministra cuidados, ayudando al crecimiento personal de cada uno de sus integrantes y que está representada por el grupo de pares y la Comunidad Terapéutica.

A Esteban debíamos ayudarlo a crear representaciones ligadas al dolor, la pena, lo faltante, en forma simultánea a brindarle aquéllas

alternativas tróficas ofrecidas por el grupo y la institución terapéutica.

## SARA

Examinemos ahora la situación de otra persona, diagnosticada psiquiátricamente como psicótica, a quien hubiera sido dañino confrontarla en forma directa (por la estructuración de su aparato psíquico) con su adicción al alcohol.

Se trataba de una joven mujer de 28 años, con aspecto adolescente y que se integró a un grupo de pacientes de Castalia luego de interrumpir una terapia de ocho años (porque el “terapeuta me daba a entender que estaba enamorado de mí, pero no quería reconocerlo”). Sara era hija única de un matrimonio de personas mayores de setenta años, con un padre alcoholista y una madre con un comportamiento masoquista en su relación con el esposo. Lo que llevó a Sara a entrar en psicoterapia fue su mala relación con la madre y la idea delirante de que el padre odiaba a la madre, mientras que a ella la quería “muchísimo” (objetivamente, la hacía blanco de sus ataques verbales, sobre todo estando él alcoholizado).

En cada ocasión que alguien le decía que sus padres llevaban más de treinta años de casados y parecían tener entre ellos una unión afectuosa; Sara comenzaba a delirar y sospechar de que estaban complotando para perjudicar su propia pareja. Para ella era la madre, en especial, la que quería dañarla e interferir en la relación con su compañero.

Nos comunicó que podía “controlar” toda “esta situación” con ingestas alcohólicas. Luego agregó las benzodiazepinas recetadas por su médico de cabecera que fueron, en ocasiones, sustituidas por neurolépticos prescritos por un psiquiatra. Sus ingestas alcohólicas adquirían ribetes de agudeza en aquellos períodos de florecimiento delirante desencadenado por la comprobación de que su padre podía querer a su madre sin odiarla.

¿Cómo era la estructura mental de Sara? A diferencia de Esteban, lo alienado por ella era el delirio (y no una representación de algo faltante) de ser la preferida del padre frente a la “bruja” de su madre.

Siguiendo a Freud, se trata de un dato histórico anacrónico que ella no puede integrar a su vida fantasmática, quedando como “una pieza adosada”, sin poder subjetivarla.

Lo que inferíamos, por los diferentes datos de que disponíamos, es que se trataba de un intento de violación, por parte del padre, durante un episodio de alcoholización aguda, cuando ella era una niña muy pequeña.

Sabemos que si no existe la posibilidad de subjetivar, de apropiarse de la historia (personal, familiar, social) no hay socialización; porque la socialización y la historización dependen de la conservación de la prueba de la realidad para que podamos insertarnos en ella como genuinos actores. En esa situación que estamos describiendo, Sara no dispone de representaciones para ligar a este hecho tan tóxico para cualquier psiquismo: el intento de violación (o violación) sufrido en su temprana infancia. La huella de éste acto quedó registrado en un nivel corporal; pero psíquicamente fue repudiado por Sara volviéndole en su delirio de ser ella, y no la madre, la preferida del padre. ¿Cómo confrontar en el grupo a ésta paciente, con esa estructura mental; con una realidad penosa, restituida en forma invertida en su delirio y encubierta con la adicción al alcohol y las benzodiazepinas?

Lograr que Sara fuera a Alcohólicos Anónimos (AA) significó efectuar todo un recorrido previo para que aceptara su alcoholismo y pudiera hacer su “confesión pública”. Debimos crear un espacio psíquico para que Sara pudiese mentalizar (representar, fantasear) ése evento doloroso y, por eso mismo, repudiado. Para esto fue esencial crear condiciones de seguridad afectiva, tanto en el grupo como en la institución, que le posibilitaron un gradual acercamiento para captar la significación simbólica de su adicción al alcohol y las benzodiazepinas.

## A MODO DE CONCLUSIONES.

Desearía cerrar ésta presentación sintetizando mis propósitos:

Las Comunidades Terapéuticas son las instituciones indicadas para tratar adecuadamente lo adictivo que circula en la familia.

Para que la C.T. sea efectivamente terapéutica es necesario analizarla en forma constante del mismo modo que analizamos la tarea, los grupos, las familias y los que concurren para tratarse.

Nos ha resultado útil pensar en *lo adictógeno* y *lo psicótico* circulando o fijándose en diversas personas o situaciones que entran en crisis (porque son *específicamente vulnerables* a determinados conflictos) que hablar del *adicto* o de la *adicción* y la *psicosis* en forma más abstracta.

El recurso terapéutico de *la confrontación* inaugurado por Chuck Dederich en Synanon no puede ser empleado en forma indiscriminada sin tomar en cuenta la *estructura mental del confrontado*; para ello es necesario crear un *espacio de mentalización*.

El *Psicoanálisis Ampliado* al campo de la Comunidad Terapéutica y al proceso terapéutico que en ella se desarrolla es una herramienta útil para comprender y orientar nuestra praxis.

## **I.- CASTALIA: Una propuesta terapéutica psicoanalítica.**

*Perfil de los pacientes que concurren a CASTALIA.*

Concurren jóvenes de ambos sexos con sus familias. Predomina el género masculino. Diagnosticados como teniendo trastornos psiquiátricos graves: psicosis, fronterizos, caracteropatías severas con perturbaciones conductuales y adicciones o consumo de sustancias (doble diagnóstico; o co-morbilidad).

Familias altamente disfuncionales; proclives a la acción, negadoras, con comportamientos violentos o impulsivos.

### **Propuesta terapéutica en el contexto psicopatológico mencionado.**

Porque hay proclividad a la acción, la inmediatez, la adhesividad y simbiosis y predomina la fragmentación de la psique se trata de:

Crear espacios de mentalización por la tendencia de pasar al acto.

Realizar síntesis por la fragmentación y ayudar a mantener la vida psíquica (porque ésta ha sido repudiada).

La propuesta adquiere una dimensión ética (Hinshelwood) ya que se busca “curar” la fragmentación, desarrollar un espacio psíquico que de cabida a lo propio y a lo diferente y que permita “reparar” estas fallas (faltas básicas) en la integración del psiquismo.

Todo lo que propicie la síntesis y la organización, en este contexto, asume una dimensión ética ya que apunta a la reunificación del propio ser para darle así, un sentido al consentimiento informado, al otro, a lo diferente.

La propuesta terapéutica, vista desde esta perspectiva, nos lleva a organizar las actividades desde esta óptica particular: donde se desestimula la acción por sí misma; donde la búsqueda del sentido lleva a que cada actividad (desde el comer hasta el proyectar un paseo) son lugares para la creación de espacios de reflexión, de espacios psíquicos donde cada cosa remite a su dimensión simbólica como forma de salida de la concretud y del consumirse como acto puro cortocircuitando las posibilidades mediadoras de la palabra como algo cargado de sentido y propiamente humano.

Crear espacios familiares para pensar y no actuar ciegamente.

Hay un permanente trabajo de creación y preservación de un “*espacio psíquico*” dentro de la Institución y en sus actividades.

Los procesos de *subjetivización* y de *socialización* son, en sí mismos, un *proyecto terapéutico* que guarda relación directa con modificar el vínculo perturbado con la realidad externa.

La *subjetivización* consistiría en incluir, dentro de la propia historia el dato histórico ana-

crónico (la parte de verdad del delirio) dentro de la propia vida y transformarlo en un fantasma (algo perteneciente al espacio psíquico). La dificultad para simbolizar del paciente se corresponde a una dificultad para simbolizar un aspecto del funcionamiento familiar. Lo no simbolizable son experiencias traumáticas – para la madre o el padre – que no encuentran, por lo tanto, un lugar para ser integrados al funcionamiento de esa familia.

El espacio de mentalización se va creando al modo de una construcción que viene a sustituir el delirio por una explicación compartible por todos y, por lo tanto, susceptible de construirse –y ser tratada – como un fantasma.

La conflictividad entre los terapeutas – es el reflejo en el espacio psíquico de la institución – de aquello que el paciente regresivo solo puede traer a través de actos que, para él, no simbolizan nada. Los terapeutas van a ir ocupando – en el escenario institucional – esos lugares que corresponden al “drama” del paciente y la familia.

Las *reuniones de síntesis* del equipo tratante son el lugar de privilegio para proceder al rescate y construcción de ese espacio psíquico faltante. El paciente hace un “uso de los terapeutas” para posicionarlos dentro de un escenario montado por él y que él dirige. Nosotros partimos de éste escenario pero nos damos la libertad de modificarlo y de incluir en él nuevos personajes que muestran caminos alternativos al *desenlace* del drama creado por el paciente y su familia.

Una parte muy importante del proceso terapéutico – porque alivia las angustias del paciente y de su familia – es que el terapeuta asuma el lugar asignado en el escenario creado por el paciente. Esto *releva al paciente de un gran peso*. En éste drama y escenario creados por el paciente y la familia los lugares asignados son fragmentados y fragmentarios y es por eso que una labor de síntesis que les de coherencia y sentido es una parte esencial en el proceso de ir creando un espacio psíquico para que – en él – puedan ser *representados* los conflictos. *Despsicotizar* sería, precisamente, crear entre todos, este espacio para la mentalización de los conflictos.

## II.- Elementos para una metateoría de las intervenciones desde el Psicoanálisis.

¿Cuál es el campo específico del psicoanálisis: lo que como disciplina busca conocer; su objeto?

El inconsciente. *¿Qué es el inconsciente?*

Aquel sector de alguien (individuo, grupo, institución, sociedad) que es parte constitutiva, esencial, del mismo; pero que está alienada: no dispone de ella y, más aún, se la siente como algo ajeno, que nos llega desde afuera. Como algo que debemos padecer; o que se nos impone. El inconsciente se “sufre”. Lacan dice que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”; significando con ello que tiene una sintaxis propia, leyes, aunque no se trate de palabras necesariamente. Otros, como Kaës, dicen que su estructura “es como un grupo”... En fin, para Mannoni, es “la otra escena”. No hay un inconsciente sino muchos y no sólo se trata de nuestro propio inconscientes; del inconsciente de cada uno de nosotros en su singularidad, sino que en el funcionamiento de un grupo humano hay aspectos del mismo que son inconscientes; lo mismo ocurre con las instituciones y organizaciones donde lo inconsciente es lo que aparece provocando un sufrimiento psíquico a sus integrantes.

Conocer las formaciones del inconsciente es para nosotros, los psicoanalistas y terapeutas psicoanalíticos, la tarea más importante; ya que se trata – a través de dicho conocimiento – de reapropiarse de los aspectos propios de la vida del sujeto (individual o de un colectivo) que se habían enajenado empobreciéndonos.

Los *síntomas* son una de esas formaciones propias del inconsciente. Son formaciones “de compromiso” entre un deseo manifiesto y un impulso latente, que choca con él. El síntoma condensa ambas cosas y tiene un significado a ser develado como parte esencial del trabajo analítico.

En suma, el *síntoma* es la expresión manifiesta de un conflicto latente. ¿Cómo se producen éstas formaciones sintomáticas? Aquí el tema se complejiza ya que se trata de procesos que ocurren históricamente (en diversos momentos de nuestra vida y desarrollo personal y en diferentes momentos de la historia de los colectivos). Hay, sobre todo en los momentos inaugurales de la vida humana y de la historia de los colectivos humanos, en que se dan coyunturas ante las cuales cada uno es más *vulnerable específicamente* (hay vulnerabilidades más globales). Estas vulnerabilidades específicas son las disparadoras de formaciones inconscientes sintomáticas. Vulgarmente se las conoce como situaciones traumáticas, que son complejos sintomáticos y afectivo-relacionales dolorosos; tan dolorosos que, muchas veces carecen de representación psíquica y se expresan a través de *actos*. Estos actos repetitivos son la expresión inconsciente del trauma psíquico que – por esa vía – intentan ser elaborados.

Vulnerabilidad específica / fortaleza específica y consumo compulsivo de sustancias. *Aquí llegamos al aporte propio del psicoanálisis a esta temática. Hay ciertas situaciones específicas y sujetos específicos que ponen en evidencia su vulnerabilidad psicológica ante ciertas coyunturas traumáticas que les resultan im procesables psicológicamente. También hay situaciones amenazantes que guardan relación con períodos de la vida; problemáticas de género, estructuras familiares, etc.. Se generan, así, vacíos representacionales de estas situaciones que provocan montos de ansiedad de tal magnitud que no son manejables conscientemente y que disparan diversas actuaciones que vienen a yugular ésta situación desorganizadora para el aparato psíquico. El sujeto – o el colectivo humano – apelan entonces – entre otras cosas – a lo que posibilite la supervivencia del aparato mental: negar que existe el problema, repudiarlo, suprimirlo, proyectarlo y atribuírselo a otro, etc., etc.. Estos mecanismos involucrados en las formaciones sintomáticas de compromiso, en ocasiones no se sostienen por sí mismos; y las*

*sustancias psicoactivas son utilizadas para su mantenimiento. Hemos visto con mucha frecuencia como el repudio es sostenido químicamente por el consumo de sustancias alucinógenas; o bien, como la negación maníaca es reforzada por el MDMA; o la represión por la marihuana.*

*¿Qué es el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva psicoanalítica?* Es una situación compleja que ocurre en condiciones ante las cuales se es específicamente vulnerable y que conducen a un acto sustitutivo de lo que, en otras condiciones, podría tener representación en el psiquismo individual o en las producciones imaginarias del colectivo institucional o social. El consumo compulsivo es, por definición, un *acto* que carece de representación mental y que, en su reiteración expresa un anhelo de tramitación psicológica a través de su comprensión. La tarea psicoanalítica consiste, precisamente, en asignarle – junto al paciente – diversos sentidos al mismo en función de la historia personal-familiar y de aquellas situaciones traumáticas a las que alude sin encontrarles representación.

Cuando el acto adquiere significación tiene acceso al mundo psíquico- representacional-fantasmático. A partir de allí puede ser incluido en una cadena asociativa y procesado psíquicamente. El *acto va* perdiendo su función expresiva y dando lugar a estas alternativas psicológicas que lo hacen procesable.

Cuando hablamos de encontrarle un sentido y así, posibilidades de representación, aludimos al *sentido oculto*, inconsciente; aquél que hace del acto un síntoma (es decir, una formación de compromiso entre un deseo prohibido y una defensa contra su posibilidad de expresarse abiertamente, o bien un evento traumático que, por su intensidad provoca un dolor tal que cortocircuita la posibilidad de representarse psíquicamente).

*¿Qué aporta el psicoanálisis a la investigación del consumo de sustancias psicoactivas?* El psicoanálisis freudiano es – por definición – un método de investigación y tratamiento.

Durante el proceso terapéutico (que puede ser, de acuerdo a los múltiples dispositivos psicoanalíticos, bipersonal, familiar, de pareja, grupal o institucional) se desarrolla una tarea de investigación, en profundidad, sin un límite de tiempo preestablecido, de los procesos inconscientes y de sus posibilidades de hacerlos accesibles a la conciencia para así ampliar su campo y la libertad de opciones.

*¿Cuáles son desde el psicoanálisis, del consumo de sustancias psicoactivas, los indicadores relevantes a investigar?* Hay situaciones específicas ante las cuales somos vulnerables (los individuos o los colectivos). Son éstas situaciones carentes de representación / fantasmaticización las que debemos investigar en la historia de cada sujeto a través de las generaciones y en los colectivos que se organizan con el propósito específico de tratar éstos problemas.

Existen, en nuestra experiencia clínica con pacientes psiquiátricos consumidores de sustancias psicoactivas, ciertas constelaciones clínicas que también hemos podido identificar en procesos psicoanalíticos individuales. Desde ya aclaro que los comentarios subsiguientes no pretenden reflejar todo el espectro de potencialidades adictógenas que tiene el ser humano; pero son válidos dentro del contexto clínico-psicoanalítico al que hacíamos referencia.

En aquellas situaciones complejas donde los procesos de pensamiento son devaluados, concretizados o extremadamente dolorosos, y por consiguiente, hay un caudal de frustración muy grande, constatamos una tendencia a cortocircuitar el registro psíquico-representacional-fantasmático y a expresarse a través de actos, al servicio del repudio, negación o represión de la situación dolorosa. Si a ello se agrega una historia familiar-transgeneracional donde la forma habitual de encontrarle un exutorio a ésta problemática es apelar a cualquier sustancia psicoactiva (legal o ilegal); estamos ante una situación de riesgo específico que podemos llegar a identificar y, eventualmente, a evitar su reiteración.

Otro factor de riesgo que, desde nuestra óptica, es un indicador de un posible consumo de sustancias son aquéllas situaciones de violencia psíquica, o dolor mental extremo, que necesitan ser cancelados urgentemente porque producen desorganización psíquica. Aquí, de lo que se trataría es de proteger al sujeto (individual o colectivo) de exponerse ante dichas situaciones. Demás está aclarar que éstas son inconscientes, no sabidas por el yo, aunque sí registradas por él y por el soma.

*La falta de límites en el plano psicológico:* la omnipotencia, el impulso trasgresor funcionando como regla, sobre todo a nivel de la historia personal-familiar y transgeneracional, donde el desenfreno y la legalidad supletoria frente a la capacidad de ponerle límites a los propios impulsos autodestructivos constituyen un indicador de riesgo mayor. Kernberg habla de narcisismo maligno y nosotros de descontrol y compulsión tanática. El goce está en la destrucción del objeto; que puede ser el otro o el propio sujeto.

Por último, pero no menos importante, queremos aludir por su valor de indicadores de riesgo, aquéllas situaciones psicológicas de desamparo absoluto; de falta de mecanismos psíquicos de sostén-continencia y de cohesión-integración. Esta carencia psíquica, que se estructura como una falta básica en ciertos momentos claves del desarrollo humano; lleva a que se disparen situaciones de consumo compulsivo para llenar este “vacío sin fondo”. La sustancia colma transitoria y perentoriamente un espacio que, en forma manifiesta, se expresa como depresión, desvalimiento, astenia, abulia, carencia de incentivos y proyectos vitales, etc., etc. Todas estas formaciones dan lugar a síntomas y actos que son la expresión manifiesta de una situación inconsciente. Investigar esta situación, identificarla y ayudar a hacerla representable son parte del trabajo psicoanalítico. Por cierto que, las mismas, se expresan dentro de contextos culturales que tienen tales o cuales características y en suje-

tos donde hay historias de enfermedades somáticas diversas. Por ejemplo, no puedo dejar de pensar en esta cultura mediática y globalizada que potencia la imagen en lugar de las palabras y el consumo como forma de vida cotidiana.

---