

Psicosomática y drogadicción

Ldo Andrés M.Joison

Cuando hablamos de “droga-dependencia”, parece que fuera la droga el objeto que genera dependencia; frecuentemente se pone el énfasis en un objeto potente, persecutorio e imposible de vencer en lugar de pensar en la relación, en el vínculo de dependencia que establece el consumidor. Dependencia que subyace a toda adicción. La palabra “Dependencia” nos sitúa en la esencia de esta patología. Dependencia en relación a: una droga, alcohol, juego, trabajo, internet, etc.

Todos somos potencialmente adictos, por haber nacido en un estado de indefensión y por necesitar de los cuidados parentales para la supervivencia. Desde los comienzos de la vida el ser humano se desarrolla dentro de una relación con su entorno de absoluta dependencia.

Pero...

“no todas las personas somos adictos a las drogas, al alcohol, al trabajo etc”

Porque?

Porque una condición previa para que exista una disposición adictiva, es que el sujeto no haya superado su posición de dependencia infantil.

En efecto, esa relación tan íntima con la madre que normalmente es de total y absoluta dependencia, y aunque es necesaria para que el niño pueda posteriormente, construir un tiempo, un espacio y un ritmo propio, deberá transformarse de modo tal que la presencia del padre o de un sustituto, pueda ordenar ese espacio-tiempo del niño limitando incluso, esa intimidad de la madre y el hijo para que éste pueda crecer con autonomía.

Los orígenes del funcionamiento adictivo remiten a una relación fusional entre materno-filial en la cual no ha habido una distancia óptima para lograr la diferenciación del rostro del niño del de su madre.

La adicción entonces, se constituye paradójicamente como un intento de salida al encierro ante la ausencia de una distancia necesaria para el desarrollo de los cimientos esenciales del sujeto. En este tipo de funcionamiento quedan suprimidas las distancias (al igual que en la alergia) estableciéndose una relación del tipo fusional profundamente similar a la de la infancia. Entonces no es el objeto-madre; el objeto-acontecimiento traumático; o el objeto-droga el que enferma, sino el tipo de relación dependiente-fusional y la dificultad en el logro de una individuación.

Por este motivo es tan frecuente que el comienzo de la adicción sea sobre la adolescencia ya que es el momento evolutivo que corresponde con el comienzo de una vida más independiente. En la adolescencia los vínculos familiares son sustituidos y ampliados por relaciones con amigos, parejas, etc. Adolescencia proviene de la palabra “adolescere” y hace referencia al dolor que proviene del duelo por la pérdida de la identidad de niño. En esta etapa los cambios hormonales estimulan la sexualidad y la salida del entorno familiar para el encuentro con el sexo opuesto. La adicción proporciona en el imaginario de quien consume el objeto adictivo, la creencia en la posesión de una fuerza necesaria para hacer frente a estos

cambios. Constituye también un refugio que proporciona la sensación de protección pero al mismo tiempo limita el desenvolvimiento de un ser diferenciado del grupo que consume. El que consume intenta evitar el dolor, buscar un sentido de pertenencia y una sensación de libertad, pero vuelve al mismo tiempo lo vuelve prisionero y aún más indefenso.

La relación de dependencia fusional da la sensación de protección y seguridad para hacer frente a las situaciones vitales que se presentan. Así la sustancia regula desde fuera aquello que resulta imposible desde el propio sujeto. El ritmo de vida se centra en algo exterior “ la sustancia”. El tiempo de cada día, se ajusta al momento del consumo, así como los espacios del consumidor (tiempo libre, trabajo, su casa,) y sus vínculos (familiares, de pareja, de amigos etc).

Para comprender con más facilidad la problemática de las adicciones es necesario profundizar un poco en la etimología y significado de la palabra.

La falta de comunicación es un elemento esencial en las adicciones. La palabra adicción (a-dicción) remite a lo “no dicho”, a una dificultad en la comunicación en los integrantes de la familia. El funcionamiento adictivo anula el espacio y el tiempo de comunicación, éste se torna breve, al servicio de las necesidades y de lo inmediato. La conversación se sustituye por un conjunto de monólogos sin escucha en la familia. Esta dificultad corresponde a un tipo de relación fusional en la familia en la que falla la comunicación. El funcionamiento indiscriminado promueve que los miembros de la familia no perciban las diferencias entre ellos.

Todos los problemas y secretos familiares quedan tapados por un solo problema “LA DROGA”. El adicto o dependiente padece de un problema de identidad que surge a partir de un funcionamiento familiar también patológico; por eso que el abordaje terapéutico debe ser familiar y no individual. Si no realizamos este tipo de abordaje, quedamos expuestos como terapeutas, al mutismo de las trampas del drogodependiente y de su familia.

Se debe activar a través del dispositivo terapéutico un canal de comunicación familiar para comenzar a realizar conexiones afectivas en el paciente y su entorno.

La adicción a la sustancia es una armadura que protege al consumidor y a su entorno de los afectos y de los vínculos. Promoviendo la comunicación será más sencillo y rápido que se despliegue con más facilidad la problemática. La tendencia a la evasión es otra de las características fundamentales de las “dependencias” y también atañe a la familia del consumidor. Las maneras más frecuentes de evadirse son: no almorzar juntos, la presencia del televisor durante las comidas, el uso indebido de internet, el exceso de dinero para tapar problemas, el uso indiscriminado de los teléfonos móviles, la falta de normas mínimas de convivencia para una vida con otros semejantes como por ej. horarios de llegada, aporte de dinero, limpieza, etc.

Para que un tratamiento en drogodependencia se lleve a cabo de un modo eficaz es necesario plantear un encuadre de abstinencia en el cual se incluyan las recaídas . Esto es imprescindible para la instauración de una legalidad en el tratamiento. Estas normas deben regularse por un contrato escrito para establecer con claridad los límites que necesita el paciente y para señalar las distancias de los integrantes entre sí. Esto colaborará en la construcción de un espacio y un tiempo individual y menos confuso.

Como estamos hablando de un problema que atañe no solo al individuo sino a la familia, la instauración de este dispositivo podrá generar resistencias entre los integrantes del grupo

familiar. Por eso resulta de gran importancia contemplar que el ritmo de instauración de estas normas sea paulatino y flexible, abierto y sujeto a modificaciones y reajustes permanentes.

Las trampas o transgresiones que realicen el consumidor y los familiares en el tratamiento pueden responder al “mono que no quiere dejar de consumir”.

Se llama “mono” al estado psicofísico producido por la abstinencia; se caracteriza por un estado de ansiedad y de desesperación ante la falta del objeto adictivo.

Las trampas pueden ser conscientes como no conscientes. Cuando hablamos de “mono” debemos hablar no solo de un mono individual en cuanto al consumo, es necesario incluir lo que denomino “mono familiar”.

Como veíamos antes, es muy frecuente que en las adicciones los integrantes de la familia vivan bajo un secreto que han acordado implícita o explícitamente no develar como, por ejemplo abusos sexuales, muertes, separaciones, estafas, infidelidades, etc.

Las trampas se despliegan también en el tratamiento y deben ser reveladas y denunciadas ante todos los miembros de la familia ya que el develamiento de ellas constituyen la vía regia y más adecuada para descubrir y cambiar positivamente el funcionamiento familiar.

Si el adicto y su familia tienen confianza y un buen vínculo con el terapeuta, podrán poner en evidencia durante el tratamiento, las transgresiones y trampas habituales. Es fundamental que éstas puedan desplegarse sin que el paciente quede pegado a ellas.

Daré un breve ejemplo.

Un paciente decía que el sueño de su vida era irse a vivir a Francia, pero por lo que estaba sucediendo en ese momento : debía reclamar a su padre el dinero para el tratamiento y no demostraba de interés por el estudio de la lengua francesa, pensé que se trataba de una trampa que impediría su recuperación.

Le propuse que se fuera a Paris una semana a casa de un amigo y durante tres días recayó con marihuana. Esto confirmó que su deseo de vivir en Francia en este momento del tratamiento no era más que la elección de un atajo para retornar al camino de consumo de drogas.

La situación sin salida en la que el paciente iba a quedar atrapado se presentaba de la siguiente manera:

El paciente planteaba una situación de conflicto vital aparente (disconformidad con la ciudad en la que vivía) para evitar así, enfrentar al padre (conflicto real) y buscar de esta manera, un camino –utilizado anteriormente- para evadirse.

En la sesión familiar fue trabajada la manipulación por parte del padre con el dinero que le daba a su hijo y la dificultad del paciente de mirarlo a los ojos y pedirle ayuda (de la misma manera que cuando lo necesitaba de pequeño y su padre se ausentaba por temporadas muy largas).

Esta trampa se “tejió” familiarmente, por eso no creemos necesario hablar de mono de manera individual sin contemplar el contexto familiar.

Muchas veces una recaída es sana porque posibilita ubicar al paciente respecto de sus limitaciones. También da lugar al reconocimiento del funcionamiento del mono, ya que nunca es el mismo, sino que va cambiando.

El mono, es como un animal animal que posee al paciente y a su familia y que lo único que quiere es consumir y destruir.

Las trampas pueden tener diferentes desenlaces:

- 1) Si la trampa no se despliega, no hay sujeto verdadero; solo hay una apariencia de sujeto, falsa e irreal.
- 2) Si la trampa se despliega y prospera, la represión logra su meta y se suprime la subjetividad del paciente ya que el paciente destruye el tratamiento y a sí mismo.
- 3) Si la trampa se despliega y no prospera, la represión falla y se produce el retorno de lo reprimido. Esto posibilita el trabajo sobre los conflictos de la identidad profunda del paciente y de su familia.

El movimiento de curación es el siguiente:

Construcción: de un dispositivo terapéutico.
De-construcción: de un funcionamiento dependiente

Reconstrucción: En este movimiento se forja una identidad diferenciada del mono. El mono esclaviza al individuo y lo hace dependiente y poco afectivo. El mono se protege dentro de una coraza que lo limita en el despliegue de la afectividad. La sustancia "barrotes de esta cárcel" aísla al sujeto y lo encierran en una dinámica "única" de consumo.

El abordaje de esta patología debe realizarse en diferentes fases:

- 1) Toma de conciencia de la enfermedad: Reconocimiento de las limitaciones del consumo.
- 2) Logro de la abstinencia y fortalecimiento: Construcción de un dispositivo individual y familiar para el logro de este fin.
- 3) Reconstrucción de una identidad propia y diferenciada: Regulación de los propios espacios, tiempos y ritmos a partir de un mayor dominio del paciente sobre su vida. (Sueño, cuerpo, amigos, pareja, trabajo, familia, tiempo libre, ocio etc).
- 4) Resocialización: Recuperación de aspectos de la identidad previas al consumo e interacción grupal con personas no dependientes.

Es necesario evitar la creación de una imagen de identidad falsa al estilo de un " como si". El "como sí" es la forma en que el individuo actúa según como percibe qué es lo que los demás esperan de él.

Esto ocurre en algunas comunidades terapéuticas en las que careciendo de recursos terapéuticos necesarios para la activación y construcción o reconstrucción de la identidad del sujeto, se trabaja con el paciente de manera pedagógica, intentando enseñarle conductas supuestamente positivas para él y su familia.

No hay que olvidar que una gran parte de aspectos de la identidad verdaderos, permanecen en estado anestesia durante el consumo de sustancias.

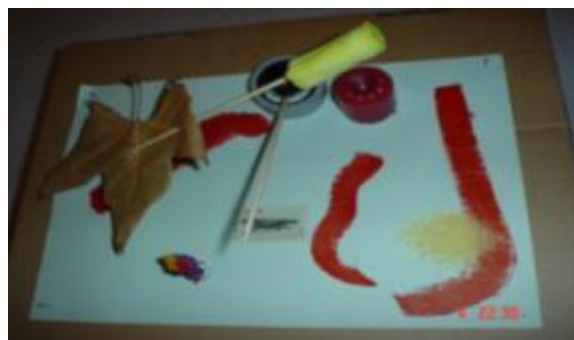
Algunas de las herramientas terapéuticas para el trabajo con la identidad son:

- 1) El vínculo terapéutico y el afecto que circula en el mismo con el paciente y su familia.
- 2) Los sueños.
- 3) Producciones materiales (collages, modelados, construcción de objetos, etc.) a través de la T.I.M.D.
- 4) La realización de un contrato terapéutico claro.
- 5) El despliegue y reconocimiento del mono y sus trampas.
- 6) Las entrevistas familiares.
- 7) El trabajo en grupo.

A Continuación presentaré dos viñetas clínicas de producciones creativas en el trabajo con la T.I.M.D en diferentes momentos del proceso terapéutico de un paciente que consumió cocaína durante 15 años.

P- Paciente.
T- Terapeuta.

CONSTRUCCIÓN DE " LA RAYA Y LA ALBÓNDIGA "



Primer paso:

Paciente: Esto es una cuchara que va a coger la albóndiga. Me recuerda a las albóndigas que hace mi madre. De niño me gustaban mucho. Recuerdo una vez que tenía diez años y mi madre me hizo albóndigas y comí tantas que vomité.

Segundo paso:

Paciente: "Los puntitos amarillos me recuerdan a una raya de cocaína ,y la hoja parece un ala; esto es un ala rota. Esta es la parte trasera vista de perfil y la cocaína junto al cerebro. Esta es la parte delantera y aquí está la cocaína que es una maldita embustera. Ayer vi una película de una mujer que le metía veneno en la comida a un hombre"

Esta producción nos permitió trabajar su relación con la madre y cómo aquello que le da la madre que cuando es en exceso, se convierte en algo venenoso. El paciente asocia en el segundo paso con la raya de cocaína y con una ala rota,. A raíz de este taller se abre una línea de trabajo en relación a la dependencia a la cocaína y a su madre . El ala rota, doblada y

partida, alude a su identidad, sus proyectos y el despliegue de su vida como había sido afectado con los 15 años de consumo de la sustancia.

Un mes después de este trabajo con la T.I.M.D., con ocho meses de abstinencia a la cocaína, el paciente alquiló un piso y se fue a vivir con un compañero de trabajo. Siete meses más tarde se quedó en ese piso pero viviendo solo.

PRODUCCIÓN: EL AHORCADO



Primer paso:

Paciente: Cogí el cable , luego lo usé para ahorcarlo. Es de los mejores dibujos que he hecho. Recuerdo un profesor de historia y geografía que nos hacía calcar un mapa mudo y yo recortaba lo que había calcado y hacía un rompecabezas.

Segundo paso:

Paciente:” Me siento como un ahorcado sonriendo. Parece que la boca se la tapa el cable. Al final del nudo dice telefónica, se me ocurre que tengo dependencia del móvil, será porque vivo sólo. El ahorcado me recuerda a un naufrago, un superviviente.

T- ¿ Conoces a alguien que se haya ahorcado?

P - Si, a un sacerdote que me leía cuentos cuando era pequeño, murió ahorcado. Un día me dijo que fuera a un cuarto y comenzó a tocarme los genitales. Al cabo de los años me enteré que se había ahorcado. Nunca he hablado de esto con mi familia, aunque creo que mi madre sabe algo.

En esta producción estética, aparece la posición subjetiva vincular existencial del paciente: -Ahorcado-; el secreto familiar -El abuso-, tapado y mudo de la infancia; la función de - la droga- tapar las dificultades de la comunicación en la familia; aquello que disimula el vacío ante un hecho traumático (la dependencia).

El ahorcado al que alude el discurso del paciente sobrevive y no muere como el cura, ya que puede hablar y develar el secreto, por eso sonríe.

El paciente va construyendo, a partir de su producción, el rompecabezas de su vida y va avanzando en los recuerdos hasta llegar de manera no consciente a un secreto familiar y a una dinámica familiar que consiste en tapar los sucesos conflictivos. A continuación de este trabajo, acordamos una sesión con sus padres y hablamos con más detalle sobre el abuso sexual y el suicidio del sacerdote. Así se inició un abordaje en el que la familia se integró de una manera participativa en el tratamiento de la adicción del paciente.

Andrés Martín Joison.
Psicosomatista.
Especialista en adicciones.