

La familia del drogadicto. 15 años de experiencias *

EDUARDO KALINA

Introducción

Partimos de una postulación básica que surge predominantemente del estudio clínico de las terapias de abordaje múltiple, con pacientes adictos y sus familias, en especial adolescentes. Nuestro planteo central es que la personalidad adictiva emerge dentro de un contexto familiar y social, caracterizado por modelos de interacción orientados por una ideología que con S. Kovadloff denominamos «la existencia tóxica».

«Una existencia tóxica es una vida contaminada, una forma de vivir que para sostenerse necesita nutrirse de aquello mismo que la destruye y necesariamente por eso, porque no puede renunciar a lo que la daña, la existencia al ser tóxica es suicida» (1).

A partir de esta definición, postulamos que todo drogadicto es un ser que en forma lenta o rápida se autodestruye, y el guión suicidógeno: «la existencia tóxica» opera dentro de él como una ideología nihilista, que en su desesperada «rebelión», la considera como de autoría propia, sin llegar a tener conciencia de su trágica sumisión.

En consecuencia, este modelo o guión rige para todos; por lo tanto podemos hablar de una *configuración familiar pre-adictiva*, sin que esto nos lleve a desconocer los ele-

mentos particularísimos de cada situación clínica, y de cada contexto socio-económico (2), ni su «etiología» socio-política.

A continuación describiremos aquellos rasgos básicos tal como se presentan en la vertiente familiar, sin extendernos en el resto de los factores socioculturales predisponentes, pues ya los hemos desarrollado ampliamente en otros textos (3). Pero antes consideramos útil señalar que nuestro esquema conceptual referencial operativo (ECRO, según E. PICHON RIVIERE) es polifacético, como lo es el tema que abordamos y si combinamos esquemas referenciales tan distintos, como los psicodinamismos intrapsíquicos por un lado y la visión interaccionalista por el otro, es porque esta versatilidad hace a la índole compleja del tema tratado y —por qué no decirlo— es una actitud consecuente con nuestra convicción de que la realidad investigada es siempre más rica y diversificada que las posibilidades que brinda un único esquema de abordaje o una única corriente interpretativa. Además, como privilegiamos la perspectiva clínica y terapéutica, no nos atamos a purismos teóricos o metodológicos. Estos enfoques de distinto origen no se excluyen necesariamente, ya que en la praxis confluyen para enriquecerse unos a otros.

(*) Este trabajo está basado en otro que publicamos con S. Korin en la *Revista del CEMEF* (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia), México, año III, volumen III, número 9, 15/9/1975 y posteriormente fue incluido en el libro *La Droga: Máscara del Miedo*, de E. Kalina y S. Kovadloff, Ed. Monte Avila, Caracas, Venezuela, 1977. Una versión en Inglés fue publicada en el libro: *Group Therapy*, 1976, editada por Wolberg, L. and Aronson, M.; Stratton International Medical Book Corporation.

Médico Psicoanalista, titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina e Internacional. Especialista en Psiquiatría Corresponding Member de Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Miembro titular de la Asociación Americana de Psiquiatría de la Adolescencia. Consulting Editor de la publicación anual «Adolescent Psychiatry». Vicepresidente de la Asociación Internacional de Psiquiatría de la Adolescencia.

Dirección del autor: Cavia 3063, 1.º Buenos Aires, Argentina.

Recibido: Julio de 1985.

Nuestro encuadre

La familia nos importa como institución puesto que constituye el *contexto* en el cual se produce el desarrollo del ser humano. Pero nuestro interés por su estudio no deriva de ningún principio apriorístico que conceda a la familia un valor ético-religioso, independiente de su sentido real y su existencia socio-política.

Entendemos también que a una familia la define más la experiencia de *intimidad compartida* de aquellos que la integran, que las normas y principios formales y legales. Aquel clima de intimidad no tiene porqué coincidir ni desprenderse necesariamente de los lazos de sangre ni de ninguno de los enunciados clásicos que caracterizan a la llamada «célula familiar».

Desde la vertiente interaccionista, aquella intimidad compartida se describe como una red de relaciones significativas, o sea: relaciones de influencia recíproca.

Esta modalidad de conceptualización nos lleva a enfocar el tratamiento de adolescentes con problemas drogadictivos incluyendo en el mismo a los padres y hermanos, cuando no a otros parientes, amigos, personal doméstico, etcétera.

En la medida que consideramos a estos fenómenos, ya no desde un planteo individual e intrapersonal, sino tomando en cuenta el contexto amplio, interpersonal, dentro del que se gestan y transcurren aquellos hechos rotulados como «patológicos», se producen una serie de modificaciones en la propia asistencia psiquiátrica que —al involucrar a la familia— da lugar a nuevos hechos diagnósticos y técnicos dentro del tratamiento, independientemente de cuál haya sido la patología individual que provoque la consulta.

Esto lleva, como objetivo, a que las familias compartan el proceso de cambio por el que atraviesa cada paciente, evitando, *en lo posible*, una depositación masiva del adolescente en manos del terapeuta, para que éste no sea transformado en una suerte de «nifeira» psiquiátrica. Pero tácticamente, en mu-

chos casos debemos aceptar, por espacios de tiempo más o menos prolongados, depositaciones que pueden llegar a ser masivas, ya que la reincorporación inmediata al grupo familiar no es lo indicado. Inclusive, en una etapa posterior, en una gran parte de los casos que tratamos, nuestra tarea es ayudarlos a buscar su propio camino más allá del regreso al grupo familiar (4), y aquí más que nunca adquieren significado aquellas palabras de Antonio Machado: «*caminante no hay camino, se hace camino al andar*».

Nuestra definida posición de trabajar con la familia no nos ciega ante la realidad de que en muchos casos, después de intentar trabajar con una familia, o inclusive en forma apriorística, ya que es imposible convocarlos, llegamos al recurso táctico de la cirugía psicológica que denominamos «parentectomía».

Ahora pasaremos a considerar algunas de las circunstancias contextuales que facilitan la emergencia del hijo toxicómano en el grupo familiar.

Panorama general

A través de sus síntomas, el adicto le comunica a su familia y a la sociedad en que vive: «Lucho por ser lo contrario de lo que ustedes son, aunque mi falta de originalidad me lleva a usar los mismos métodos que ustedes, sólo que empleo distintos elementos, mientras puedo.»

No hemos encontrado, hasta ahora, adicciones que no tuvieran su fuente inspiradora en la familia y/o el medio social inmediato. Nuestro lema es: «Nadie es original en su patología.» Las familias vistas por nosotros y por colegas de otras regiones, cuentan *siempre* —manifiesta o encubiertamente— con uno o más miembros adictos ya sea al alcohol y/o tabaquismo, a los diversos psicofármacos, a distintos medicamentos, al trabajo, al juego, a la comida, etcétera. La principal diferencia estriba en que estas formas de adicción son, en general, socialmente aceptables, y en consecuencia, no se hacen pasibles de rotulación clínica (5).

(1) Ver: *Ceremonias de la Destrucción* de E. Kalina y S. Kovadloff, Ed. de la Flor, Buenos Aires, 1981.

(2) Esta afirmación parece válida para todas las capas sociales que integran el panorama social, económico y cultural de nuestro medio; pues inclusive en las familias atípicas, o en las que viven en los barrios que se denominan villas miseria, rancheríos, o poblaciones marginales, etcétera, cuando no existe padre, se encuentran figuras sustitutivas en los caudillos, jefes de patotas, etcétera, que directa o indirectamente cumplen dicha función.

(3) Nos referimos en especial a los libros *La droga: Máscara del Miedo* (loc. cit.) y a *Ceremonias de la Destrucción*, también en colaboración con S. KOVADLOFF, Ed. de la Flor, Buenos Aires, 1981.

(4) Para lo cual hemos tenido que organizar «hogares sustitutos» y un «hogar de mitad de camino» (halfway home) para albergar a estos jóvenes.

(5) Al respecto, GERALD DAVIDSON, director médico de la Comunidad Terapéutica «Elan» situada en Maine, U.S.A., me sugirió llamarlas: «familias psicotóxicas» (comunicación personal).

Pero muchas veces, las diferencias no son cualitativas sino sólo cuantitativas, ya que los padres usan también marihuana, cocaína, pero con más «responsabilidad porque somos adultos». En una sesión familiar en la cual la hija ante los ataques verbales del padre por su abuso de drogas, le respondió: «¿Y vos acaso no hacés lo mismo?», ante lo cual el padre, profundamente indignado definió su posición ideológica contestándole: «¡Pero yo me pago mis propios vicios!»

Una vez comprobado que el adicto, en su intento de rebeldía y diferenciación, termina haciendo lo que aprendió de sus padres, ¿en qué posición quedan éstos dentro del sistema familiar?

Descubrir la adicción del hijo lleva, casi siempre, a desatar un síndrome de alarma en la familia. Y esta respuesta ante el «SOS» del hijo, puede ir desde la actitud de denunciarlo a la policía, hasta la más franca complicidad: «prefiero que se inyecte, porque si no, se enoja conmigo», decía una mamá y en otro caso directamente lo inyectaba ella, porque no podía aguantar el sufrimiento del hijo.

De esta manera, el descubrimiento del síntoma desencadena ciertos cambios en el sistema, pero con características propias en cada grupo familiar. Hay familias que «estrechan filas» alrededor de la «víctima». En otras cunde el pánico o la dispersión de esfuerzos; y en las más patológicas generalmente lo expulsan de la casa. Esta es otra modalidad «quirúrgica»: «muerto el perro se acabó la rabia».

Si bien estamos lejos de describir una reacción «tipo», es visible un reacondicionamiento de roles cuando se descubre una adicción, del mismo modo que ocurre con la presencia de otros síntomas. Lo que sí parece común a un número importante de casos es el efecto de shock que, a la manera de una onda se extiende a los distintos miembros. Muchas veces pudimos ver que la «víctima» del proceso jugaba un papel reconfigurador de las relaciones familiares, reemplazando a menudo con este síntoma conflictos insolubles en otros términos; como los que habitualmente ocasionan la apertura exogámica, es decir, el proceso de separación-individualización del adolescente, ruptura —hacia arriba y abajo— de barreras socioeconómicas, etcétera.

Por su parte, los padres y hermanos, así como todos los parientes que de algún modo estén involucrados en el tratamiento, generalmente se resisten a cualquier aproximación que muestre la interacción recíproca,

porque prefieren entender al adicto como a una «oveja negra que extravió el camino». Pocas familias soportan la herida narcisística que implica considerarse cogestoras de tal «mancha familiar».

Nuestro planteo clínico intenta un reacondicionamiento de roles y conflictos, postulación que en forma inmediata o mediata pone de manifiesto la disposición de cada persona en la familia para ayudar a modificar el cuadro o, por el contrario, contribuir a perpetuarlo.

Es en virtud de esta disposición a cambiar o a dejar todo igual —o más sutilmente— a participar con cierto «gatopardismo» (cambiando por afuera para que nada cambie en el fondo) que nos encontramos, en lo que a familias respecta, con lo más parecido a lo que en medicina general se describe como «terreno» y que es un indicador pronóstico de primera magnitud.

En este tipo de familia, por supuesto que nos enfrentamos con un claro exponente de la tendencia a no cambiar o como máximo al «gatopardismo» recién mencionado, realidad clínica que nos advierte sobre una situación que tendremos que evaluar adecuadamente al planificar nuestra estrategia clínica. Los adictos que aceptan «fácilmente» el tratamiento lo hacen para «perfeccionarse», es decir, poder continuar con su adicción pero sin dañarse. Como se puede ver hay una correlación ideológica directa entre el adicto y su familia.

En consecuencia, antes de pasar a los aspectos más específicos, no podemos dejar de advertir que, al reconsiderar el «caso» del drogadicto incluyendo a la familia y el contexto socio-económico en el que ésta se desenvuelve, nos encontramos con firmes resistencias a este enfoque menos tradicional y, algunas veces, éstas son más poderosas que nuestras posibilidades operativas. Puede ocurrir que el propio adicto se rebele frente a nuestra amenaza de «diluir» o desplazarlo de su «rol privilegiado» (6), de ser «la oveja negra de la familia». Reiteramos, él vivencia como rebeldía lo que para nosotros es sumisión.

Aunque esto también puede tener lugar con otras sintomatologías, la adicción se presenta, casi siempre, con una fuerte carga ideológica que cumple el papel de un revestimiento lírico-filosófico: «Ser diferentes, ser auténticos, vivir la experiencia, ser dueños de

(6) J. ARAY nos sugirió, en función de sus estudios sobre mitología aplicados a la práctica clínica, denominarlo: «el elegido». (Comunicación personal).

nuestra propia vida, elegir nuestro propio veneno...» son slogans cargados de fuerte emotividad, algunas veces inspirados en poetas o músicos «malditos» como Rimbaud, Baudelaire o Jimmy Hendrix, y otras veces tomados al pasar por la simple transmisión oral entre los diferentes grupos que se intoxican.

El grupo de pertenencia forma una verdadera «familia» paralela que constituye un poderoso polo nutricional que protege, suministra drogas y las ocasiones propicias para consumirlas.

Cuando los adolescentes no encuentran en su grupo familiar suficiente constancia de objetos y contención a sus impulsos a través de los modelos de conducta de padres coherentes y consistentes, tienden a refugiarse con más facilidad en el grupo de pares.

Aunque las características de estos grupos exigen consideración aparte, no queremos dejar de mencionarlos porque juegan un importante papel en relación con la familia «titular» del paciente. Se los debe incluir en la evaluación logística de cada caso, ya que a las resistencias propias del paciente y su familia, hay que agregar las del grupo que lo apoya para no perder un acólito y porque siente una intensa *envidia* frente al compañero que intenta independizarse de la droga. No conviene olvidar que el juego de influencias se completa desde el adicto *hacia* el grupo. De lo contrario caeríamos en la simplificación de describirlo como una víctima de las «malas compañías». Es frecuente comprobar cómo se ponen en juego diversas lealtades (visibles y/o invisibles) que son instrumentadas unas contra otras: por ejemplo, fidelidad al grupo de pertenencia alternando con lealtad hacia la familia o hacia el equipo terapéutico, pasando del papel de víctima de un sector al de ahijado del contrario, de conformidad con aquello de «dividir para reinar». En esta área comprobamos también de qué manera el adicto repite activamente las *manipulaciones* características que pasivamente sufrió y sufre en pleno medio familiar. Las manipulaciones son una forma particular de instrumentar la patología narcisista que caracteriza a estos grupos humanos y están profundamente relacionadas con la falta de límites firmes que encontramos en todos los casos sin excepción.

Otra maniobra resistencial clásica es la consulta con otro colega para discutir el enfoque dado el caso por el primer profesional entrevistador. Así es como muchas veces nos encontramos con representantes del más acendrado espíritu médico-individualista que

tratan de interceder por «esta pobre gente (la familia) que sin tener nada que ver sufren la desgracia de tener un hijo toxicómano». Esta actitud de otros profesionales representa una fuerte corriente de opinión tradicional contra la que tratamos de luchar, dentro de nuestras limitadas posibilidades. Pero tal vez la oposición mayor provenga del contexto social más amplio, representado por el consenso colectivo, la denominada opinión pública, que suele ser tan habitualmente manejada por ciertos sistemas políticos totalitarios. Otras veces, esta oposición comunitaria es más sutil y más larvada, pero mucho más perseverante en su resistencia al cambio ya que las pautas predominantes favorecen y estimulan el consumo de drogas de todo tipo. Este es uno de los medios con que cuentan los grupos de poder para diluir los intentos de promover cambios que puedan afectar la estabilidad de las estructuras económico-sociales vigentes.

Sintetizando, podemos decir que el terapeuta se encuentra como si estuviera jugando al basket-ball frente a los «Harlem Globe-trotters». Todos tienen un punto en común en su resistencia a nuestro accionar terapéutico. Ninguno acepta los límites, todos manipulan o mienten para burlarlos.

Por tal razón recomendamos como fundamental trabajar en equipos y en lo que respecta a la terapia familiar, recomendamos fundamentalmente la co-terapia, ya que la «unión hace la fuerza» y «cuatro ojos ven más que dos». Además les ofrecemos la posibilidad de experimentar vivencialmente un nuevo modelo «parental» de interacción.

Como nuestro programa terapéutico (aplicamos tratamientos de abordaje múltiple), incluye una psicoterapia individual, el terapeuta correspondiente forma parte de la mencionada co-terapia junto con otro miembro del equipo, así después, en las sesiones individuales, puede trabajar a fondo sobre los modelos interaccionales de la familia sin las distorsiones que tienen los relatos indirectos. La propia objetividad-subjetiva es imprescindible. Recordemos que estamos frente a verdaderos profesionales de la comunicación patológica y que nuestro esquema conceptual-referencial-operativo es predominantemente interaccional.

Las familias

En el orden familiar postulamos dos modelos predominantes, las familias simbióticas y las cismáticas.

A las familias simbióticas las representamos como un sistema de vasos comunicantes rellenos con una sustancia sumamente densa y pegajosa. En ese sistema, todo el mundo está metido en la vida de cada uno, actuando sin discriminación de límites entre varones y mujeres, adultos y niños, jóvenes y viejos, mundo externo y mundo interno, fantasía y realidad.

Las familias cismáticas son exactamente el polo opuesto. Todos los miembros están separados, y cada uno de ellos sólo puede conectarse con los otros de a uno por vez; es decir, que recurren a un sistema que difícilmente permite compartir una charla o una mesa a más de dos personas sin pelear, técnica mediante la cual intentan evitar el «pegoteamiento», es decir: la simbiosis (7).

Esta modalidad interaccional, el «pegoteamiento» que encontramos en estas familias, muestra, en primera instancia, una sensación colectiva de indefensión. Sus miembros han perdido la capacidad de protegerse a sí mismos en forma autónoma y desembocan en un complejo entrecruzamiento de roles que tiene, como característica principal, una acentuada dependencia recíproca. Estamos frente a estructuras narcisistas, en las cuales el reconocimiento del «otro» como un «otro con su propia otredad» no es conocida y lo que fundamentalmente determina el carácter patológico de ese «pegoteamiento» es la calidad e intensidad de los entrecruzamientos, ya que los integrantes de la familia del adicto exageran rígidamente rasgos que también existen en otras familias y el sustratum químico que requieren para su mantenimiento.

Desde otro ángulo de análisis surge la presencia alternada o simultánea de fenómenos autistas, otra versión del narcisismo. Algunas veces en todos, en otras ocurre que uno sólo de los miembros de la familia se repliega en conductas y modos de pensamiento que están determinados por los deseos del sujeto, sin considerar el medio circundante o la «persona» de los otros como seres separados, o las limitaciones realistas que imponen el espacio y el tiempo. Ante la impotencia de poder modificar aloplásticamente a su mundo circundante, el adicto cree hacerlo a través de la modificación autoplástica.

En este contexto se pierde la capacidad

para intercambiar mensajes pertinentes y —más dramáticamente— la oportunidad de confiar en algo o en alguien. Aquí la droga actúa como un regulador mágico-omnipotente de las intolerables ansiedades paranoides constantemente padecidas: es la inductora del refugio autista y la que puede facilitar el desenlace final: el suicidio por una sobredosis.

Modelos relacionales

(Patrones interaccionales que se encuentran habitando en cualquier tipología de estructuras psicopatológicas.)

Hemos observado un modelo típico de relación madre-hijo (siguiendo la perspectiva dinámica) en el cual el hijo es el depositario del núcleo melancólico de la madre y actúa la depositación de la que es objeto y que es intolerable para la madre, mediante su propia sedación drogadictiva. Con la cual —a su vez— intenta aliviar a la madre.

Satisfacer las necesidades de una madre insatisfecha e incapaz de alcanzar la satisfacción, constituye una trama siniestra, a la que se le suma la actitud paterna de «hacer la vista gorda» pues cede el hijo para salvarse él, configurando así lo que denominamos «el pacto criminoso». En la parte final de este trabajo retomaremos el tema.

En otras palabras, la madre pasa así a desempeñarse como un Superyó sádico y el hijo como un Yo maníaco que no debe deprimirse, para salvar a la díada simbiótica (narcisista). El modelo de Popeye comiendo «espinacas» constituye el ideal maníaco de identificación. Aquí más que nunca se pone en evidencia la trágica experiencia de sumisión que significa el tener que ser «grandioso» a cualquier costo.

Esto es tan notorio, que pudimos observar —en muchos casos— la intolerancia de estas madres al tratamiento del hijo cuando —superado el primer período de intoxicación— debemos enfrentar en el llamado paciente la depresión melancólica que a veces tiene el carácter de una psicosis clínica. Comienzan a esta altura una serie de maniobras de la madre dirigidas a obstaculizar el tratamiento, sea induciendo al hijo y/o a otros miembros de la familia o del equipo terapéutico, a impedir el proceso con la esperanza de recuperar la homeostasis patológica perdida. Cuando no lo logra, puede entrar en una intensa depresión melancólica, con el mensaje culpogénico que «inevitablemente» inocula

(7) Siendo ésta la problemática nuclear, dejamos planteado que seguimos las ideas de J. Bleger para comprender las características generales de las familias simbióticas y cismáticas. *Simbiosis y Ambigüedad* de J. Bleger, Ed. Paidós, Buenos Aires.

en el hijo y el riesgo de que el marido «por pánico», abandone con cualquier excusa la vida familiar.

Veamos ahora la clásica constelación triádica que encontramos en todos los casos que conocimos: la madre sufre un crónico déficit de su autoestima por vaciamiento, ya que de manera sistemática debe dar preeminencia y nutrición a la figura del padre, quien pasa por ser el «genio» de la familia, el «salvador», etcétera.

Luego de una larga historia de macro y microabandonos sufridos por la madre y —a su turno—, por el hijo, se configura una situación en la que éste vive para gratificar a la madre pauperizada. Así el hijo se convierte en la principal fuente de autovaloración para ella, ya que el marido no la respalda, aunque reclama para él constante estima. Constituyen un triángulo de explotadores.

El hijo pasa a ser la «droga» que sostiene a la madre y él busca —a su vez— alivio en los fármacos para mitigar su propia melancolía de fondo, sentida como «vacío».

El padre, tarde o temprano, es el que intentará romper el tratamiento, ya que se nutre de los otros y no tolerará quedarse sin suministros. Su jugada podrá ser el abandono intempestivo de la vida familiar, o enfermarse. Hemos visto ante nuestro asombro «verdaderas y graves enfermedades orgánicas».

Esta postulación es clave para el manejo táctico de la terapia familiar, pues en un momento del proceso el padre nos va a plantear su dilema: «¿la esposa o el hijo?», pues si no, ¿cómo sobrevive sin fuentes externas que regulen su pobreza yoica? (léase déficit crónico de autoestima). Aquí es capital la tarea de los terapeutas, pues con su habilidad para manejar esta etapa crítica le ofrecerán nuevos recursos para que aprenda otra modalidad de conducción de su grupo familiar.

Al respecto STANTON (8) plantea que: «*El mayor objetivo de la terapia es detriangular el hijo con sintomatología adicta del subsistema de sus padres y ayudarlo a recuperar su lugar en el subsistema de los hijos.*» Nuestro planteo no difiere en cuanto a la estrategia pero sí en que nuestra postulación parte de que el hijo nunca estuvo en el subsistema filial, así que en vez de recuperar su lugar tiene que *aprender a tenerlo*.

Por esta misma razón diferimos de MINUCHIN (9) cuando plantea que «*el hijo parentalizado se hace aliado —entra en coalición— con la madre en contra del padre, puesto que el padre lo pelea*». Por lo contrario, reitera-

mos, «hace la vista gorda», usufructuando de esta estructuración. El hijo más bien lo busca permanentemente en forma directa o indirecta a través de actuaciones en las cuales las «autoridades policiales o médicas» (sustitutos paternos) deben frenarlo.

En consecuencia, al comenzar a romper los estereotipos tradicionales surge la reacción. Nosotros intentamos una redistribución de roles y ellos se niegan porque no conocen este nuevo juego. Por lo tanto durante un buen tiempo, el psiquiatra conductor del «tratamiento de abordaje múltiple», debe atender la avidez insaciable de la madre y tolerar su modalidad melancólico-persecutoria de reclamar constantemente. Irónicamente solemos decir que aquí el terapeuta pasa a ser «tenido de hijo» por la madre y nuestro consejo es que es fundamental manejar esta situación, sin someternos para ofrecerles un modelo nuevo de interacción humana, no químico, con el que todos puedan identificarse.

Una vez más resaltamos la importancia del valor del trabajo en equipo para poder enfrentar una tarea tan frustrante. Hay que dar mucho y estar preparados para recibir pocas gratificaciones y muchas frustraciones.

Admitimos que esta rígida distribución de roles lleva a cierto equilibrio. Más aún, una familia simbiótica puede perdurar compensada y no recurrir a la consulta clínica.

Cuando acuden en busca de asistencia psiquiátrica es porque la simbiosis amenaza con romperse o ya se ha desmoronado.

Esta situación lleva a una sensación compartida de peligro grupal que —en muchos casos— incluye sentimientos catastróficos, ya que los mínimos intentos de aflojamiento vincular provocan una amenaza de caos colectivo. Esto exige de parte del operador —una actitud muy cauta y medida—; el abordaje precoz o súbito de estos lazos familiares provoca la aparición de fenómenos disruptivos en la mente, en el cuerpo y/o en el comportamiento social, cuando no la huida en masa del núcleo familiar amenazado por las intervenciones del terapeuta intruso. Por esto recomendamos comenzar el tratamiento del adicto por la familia, concentrando, en una primera etapa, el esfuerzo asistencial sobre la necesidad de ayudar a todos sus miembros a tomar *conciencia* de enfermedad grupal, inclusive —y siempre que éste fuera

(8) STANTON et al. en su trabajo «Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model», publicado en el *Am. J. Drug Alc. Abuse*: 5, 125-150 - 1978.

(9) MINUCHIN, S.: *Families and Family Therapy*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1974.

posible— antes de la internación del paciente. Durante esta fase utilizamos el repertorio de técnicas características de las intervenciones en situaciones de crisis.

Aun con los recaudos mencionados, es inevitable que los cambios introducidos en la red familiar faciliten la aparición de fenómenos diversos, a través de los cuales se intenta recuperar el equilibrio y el control perdidos. Suelen producirse, en consecuencia, repentinas somatizaciones, lipotimias, fobias agudas, autoagresiones, etcétera. Estos recursos se ponen al servicio de la recuperación de la homeostasis perdida.

Además, casi siempre hay algún hermano a quien, con racionalizaciones, se lo busca proteger de la «contaminación ambiental»: «está muy ocupado» o «tiene examen» o «en su trabajo no puede faltar ni cambiar horarios, ni salir antes», etcétera.

Este es el que, por regla general, tarde o temprano, ocupará el lugar del «elegido», cuando el que hasta ese momento era considerado el «chivo emisario» comienza a mejorar. Razón por la cual debemos luchar desde los comienzos mismos de la terapia familiar, por incluir a todos los hermanos posibles en los tratamientos, a pesar de las maniobras excluyentes por parte de los padres, con la alianza cómplice o no del paciente identificado y/o los otros hermanos.

Por último, puede caracterizarse a estas familias como grupo en el que observamos un deterioro de la capacidad de empleo del nivel simbólico verbal para comunicarse, mientras que —correlativamente— llega a una exquisita sofisticación en la gama de recursos con que cuenta su repertorio de comunicación preverbal lenguaje de acción. Esto constituye —para el operador— un obstáculo formidable y fascinante, especialmente en las primeras reuniones, hasta que se llega a decodificar el significado oscuro y vernáculo que encierra cada gesto.

Retomando el tema del padre desde otra vertiente, una constante que hemos podido observar en las familias de adictos, en todas las clases sociales con las que hemos trabajado, es la ausencia de un padre firme, de identidad bien recortada y que cumpla su específica función. Al respecto J. LACAN afirma (1966) que la presencia del padre equivale a la de un «falo» organizador que personifica a la ley y a las normas y es efector de las reglas del juego.

Además, el padre, cuando satisface adecuadamente las exigencias de su papel, interfiere en la díada madre-hijo, promoviendo

el acceso al orden simbólico, futuro organizador del lenguaje.

Es tentador encontrar una correlación que exige un salto metodológico entre estas ideas de Lacan, que profundizan el estudio intrapsíquico del individuo y que son presentadas en el más complejo nivel de abstracción y las observaciones que nos permitieron efectuar el abordaje clínico de estas familias:

- a) Ausencia de un padre vigente que proponga (y sustente) valores precisos y consistentes.
- b) Peculiares reglas del juego en familias que parecen carecer de ellas y
- c) Serias perturbaciones en el uso de los símbolos.

Esta última característica se relaciona con lo que mencionamos sobre la avidez oral y la necesidad, en estos pacientes, y en sus madres, de calmar instantáneamente sus deseos.

El símbolo funciona siempre —y ante todo— como *mediador*. Es un elemento —eslabón entre el objeto anhelado y la satisfacción—. Por ser un mediador, el símbolo impone una demora, por breve que ésta sea. Dicha demora es intolerable para el adicto. El anhelo de satisfacer sus deseos debe ser colmado ya mismo.

«Ya mismo» o «nunca jamás», ésa es la cuestión.

El NO es vivido como la muerte, tanto por el denominado «paciente identificado», como por los padres, ya sea por separado o juntos en alianza salvacionista (es decir, antiterapéutica).

El NO ya sea transitorio o definitivo implica *espera* y éste es un concepto que todo el grupo familiar debe llegar a aprender que puede tener una connotación positiva y no siempre «catastrófica» o alérgica, como tiene para ellos. Vale decir que disponen de la palabra «no», pero carecen de la experiencia de la negación entendida como aceptación de límites (10).

De estas postulaciones podemos inferir que este rol debemos introducirlo y enseñarlo con o sin la colaboración del padre o sustituto. El significado groseramente evidente que tiene la internación como el primer «no», constituye un pilar fundamental de nuestro arsenal terapéutico.

Es interesante señalar que si bien en un comienzo nosotros observamos que la au-

(10) Ver el capítulo del libro *La droga: Máscara del Miedo* (loc. cit.) titulado: «Significado del cuerpo y de la muerte en la experiencia drogadictiva».

sencia del padre era un problema de la clase alta y media en ascenso, debido al tipo de pacientes que tratábamos en la práctica privada, a través del contacto con el CENARESO (Centro Nacional de Rehabilitación Social) pudimos verificar que el trabajo desarrollado por dicha institución —desde 1973— con adictos de clase baja y en niveles masivos, denota esa misma falencia. Allí las primeras entrevistas familiares se llevaron a cabo sin poder contar con la presencia del padre. Para lograr que éste concurriera generalmente hubo que enviarle citación policial a la casa o recurrir a otros medios coercitivos (11). Espontáneamente el padre no tiende a asumir la responsabilidad que le cabe. Es la figura ausente (12).

En ambientes donde predominan los hijos naturales, como ocurre en muchos países latinoamericanos, la función del padre está ejercida por los caudillos y líderes locales, francamente adictos al alcohol, coca y tabaco; y esta conducta es un modelo de identificación muy significativo para los niños de la zona.

Hemos visto familias en las que hay un predominio franco de creencias mágicas o irracionales, muchas veces muy bien racionalizadas por el alto nivel intelectual de sus componentes, pero que constituyen una base importante para la «inspiración» de una búsqueda mágico omnipotente en la droga. Esto es lo que consideramos como un potencial psicótico compartido.

En las familias cismáticas, este potencial se pone de manifiesto sólo cuando la familia está reunida e interactuando. Cada miembro por separado podría pasar —desde una vertiente individual— por ser un paciente menos grave. Pero basta que se reúnan en un mismo ámbito para que sobrevengan interacciones que no dudamos en calificar de bizarras:

«Sos demasiado linda, mamá, prefiero marcarte la cara», decía un muchacho de 17 años que amenazaba a la madre con una plancha caliente enarbolada a dos centímetros de su rostro. La mamá, a su vez, trataba de aplacar los celos del hijo preguntándole: «No querés mas mermelada?», mientras —horrorizada— adhería su cabeza a la pared. Llega el padre y comenta: «Lo que pasa

(11) C. CAGLIOTTI y H. BARLETTA, comunicación personal.

(12) HARBIN, T. H. y MAZIAR, H. M. en su revisión de la literatura especializada señalan como típica: «la combinación de una madre sobreprotectora e indulgente con un padre ausente y emocionalmente distante» (The Family of Drug Abusers: A Literature Review), *Family Process*, vol. 14, núm. 3, 1975.

es que nuestra familia tendría que ser más armónica.»

En las familias cismáticas la consigna parece ser: «Dispersos sobrevivimos, juntos nos aniquilamos.» Los contactos son fugaces y paroxísticos; sobre los integrantes se cierne la amenaza de precipitarse en un magma caótico y destructivo.

Vale recordar lo dicho para los rasgos predominantes en las familias simbióticas: en este otro extremo están rígidamente exageradas características que se encuentran —diluidas— en las familias menos perturbadoras.

En tal sentido repetimos que estamos convencidos que nadie es original en su patología. La familia (microsociedad) y la sociedad (macrosociedad) nos enseñan los modelos patológicos o —en otros términos— los patrones de conducta perturbadoras y perturbantes que podemos utilizar en nuestros fracasos.

Por estas razones, planteamos una postulación central de esta problemática: no existe drogadicto sin una familia con una adicción manifiesta o latente —síndrome preadictivo— en uno o varios de sus miembros —padres—; sostenemos, asimismo, que éstos funcionan con un tipo característico de «dobles mensajes» que podríamos sintetizar en esta formulación: «Haz lo que yo digo y no lo que yo hago.» (Ejemplo: los padres que fuman, beben, toman sedantes, etcétera y le recomiendan a su hijo no fumar marihuana). Además y como otro ítem fundamental, especialmente relacionado con lo que antes desarrollamos, reiteramos que pudimos observar que en estas familias la *manipulación* y la *mentira* son fenómenos comunicacionales presentes de manera constante en la interacción familiar (en forma manifiesta o larvada) lo cual se repite indefectiblemente en el proceso terapéutico.

También debemos hablar un poco más de la falta de límites elásticos, modelo ideal de funcionamiento parental: el elástico es firme, no rígido. En estas familias se confunde elasticidad con un tipo de oscilación característica que va desde la rigidez hasta el «laissez faire» sin ninguna constancia en su vaivén, que, por eso, más bien se asemeja a una rotación de actitudes que un proceso adaptativo.

Reiteramos, en estas familias no existe el «NO». (13) Hemos comprobado esta falta de límites en diferentes casos y su consecuencia, la búsqueda de límites, necesaria para el desarrollo, surge en formas extremas, como pueden ser las experiencias drogadictivas

con sobredosis, que tienen un significado claramente suicida. Paradójicamente, la muerte —el último límite— es buscada por pánico ante el vacío insoportable que acarrearía una desintegración psicótica.

En cierta forma, la muerte es un límite más aceptable, «la gran droga salvadora», en vez de la catástrofe que significa enfrentar el verdadero límite que tienen como personas. Tan grande es la vivencia de «pobreza» que debe ser evitada, inclusive a costa de la vida misma. Por esta razón, es que definimos el tratamiento de los drogadictos como: «transformar un proyecto de muerte en un proyecto de vida». Para lo cual le ofrecemos además nuevos modelos para su rehabilitación social.

El pacto criminoso en la familia

«Nadie es original en su patología.» Esta es nuestra convicción central y «el pacto criminoso», que tiene variables cualitativas y cuantitativas, oscila en un amplio espectro que va desde las diferentes soluciones de transacción que conforman la trama de la dramática interaccional de cada familia, pasando por el compromiso parcial que ofrece el modelo del «pars pro toto». Nos referimos al ejemplo bíblico que nos muestra el pacto de Abraham con el Señor, ejecutado a través de la circuncisión de Isaac (14), hasta llegar a su máxima expresión concreta en el suicidio. «Ellos la murieron y ella se mató», dice un anónimo español del siglo XIX.

Ampliando lo dicho anteriormente en la sociedad y con más precisión en la familia —microsociedad— están los que nos escriben el guión de nuestras vidas. Según ellos, sólo tenemos el derecho de ejecutar los deseos que nos prescriben.

En la trama edípica reside la génesis del «pacto criminoso». Cuando se lo interpreta literalmente mediante el pensamiento concreto y no metafóricamente, es decir, cuando los niveles de conflicto de los grupos familiares no se procesan a través de la capacidad simbólica y en vez de resultar una interacción dramática estructurante del proceso de per-

sonificación tiene lugar una conducta inductora directa de un desenlace fatal, a través de la acción. Se consume así el filicidio o soluciones transaccionales como son las enfermedades invalidantes como por ejemplo la drogadicción.

Esta línea de ideas conforma el núcleo de nuestra obra durante estos últimos años, en la cual postulamos que los niveles infantiles del complejo de Edipo son etapas de ensayo a la dramática central que se desarrolla en la adolescencia cuando la madurez biológica permite consumarlo, ya sea en su lectura freudiana centrada en el parricidio o la línea de ideas de A. Rascovsky sobre el filicidio que es la teoría en que nos apoyamos.

El suicidio es un acto psicótico. Drogarse también. Es decir, son expresiones de la actividad de la parte psicótica de la personalidad, y en el caso de nuestro objeto de estudio encontramos que una conduce a la otra.

Esta comprensión teórica nos llevó a planificar en forma compleja el tratamiento de los pacientes que intentan suicidarse. Los adictos son un ejemplo de esto y en consecuencia, también los enfocamos como psicóticos y los tratamientos de abordaje múltiple son nuestra elección. Aquí con más crudeza que en ningún otro caso llega el momento del enfrentamiento con el grupo familiar. «El o yo», dice generalmente la madre refiriéndose a su hijo. El padre en una clásica alianza criminal se calla o plantea ¿él o ella? Su actitud es de una sospechosa ambigüedad-complicidad. Para él también el desenlace fatal es la solución, y el «paciente identificado» finalmente actúa en consecuencia con el punto de vista familiar. El suicidio, en suma, «es la resolución psicótica de una interacción criminal».

Nuestra intervención, en consecuencia, es de alto riesgo; inclusive en algunos casos llegamos a necesitar la protección policial y la intervención de abogados. De todas estas experiencias surgió nuestro trabajo: «La ingenuidad del terapeuta del grupo familiar» y un libro en preparación, en el que hablaremos de lo que aprendimos en estos 15 años de trabajos con familias en las que existe patología grave. Sólo queremos agregar que es fundamental tomar las precauciones para desarrollar nuestro trabajo en las mejores condiciones de seguridad psicológica. Tal como hacen los radiólogos cuando se ponen «delantal de plomo» para protegerse de las radiaciones.

Les pido que no piensen que estamos condenando moralísticamente a nadie. Ha-

(13) Este concepto es fundamental para el proceso terapéutico pues introducirlo significa un cambio trascendental en esa «cultura familiar» y, muchas veces, las resistencias del sistema familiar para asimilarlo determinan el fracaso del tratamiento; además nos explica las fallas del Yo del adicto en los sistemas defensivos de control adaptativo.

(14) Las ideas de A. RASCOVSKY acerca del filicidio son las que me condujeron a estas postulaciones.

blamos de las miserias humanas con respeto y dolor. Comprendemos que son técnicas de sobrevivencia. Pero tenemos que enfrentarnos con una dura verdad cuando descubrimos vivencialmente los entretelones de estas conductas humanas. Como que todo suicida es potencialmente un criminal, que puede atacar a otros para robar e inclusive puede llegar a matar, por ejemplo, por necesidad de droga.

Hemos visto cómo ante nuestros ojos se consumaron crímenes que no pudimos evitar. Y lo más dramático fue ver que eran ejecutados con la complicidad de los médicos, nuestros colegas. Inclusive en un caso advertimos insistentemente a uno de ellos y a pesar de todo el suicidio-ejecución se concretó.

Sufrimos mucho y aprendimos a través de la experiencia, pues estas «autopsias psico-

lógicas» marcaron nuestra existencia.

Muchos de los llamados pacientes eran seres muy especiales que no dejamos nunca de recordar.

Por todos los contenidos expuestos en el desarrollo de este trabajo, comprenderán ustedes las dificultades del abordaje clínico de este tipo de tratamientos, que trascienden el conocer una técnica bien codificada para enfrentarlos. Más bien requieren, como muchas veces hemos señalado, que los terapeutas del grupo familiar sepan instrumentar conocimientos de política, ser como directores de teatro capaces de crear escenas y ayudar a encontrar soluciones creativas, y ser algo así como detectives que investigan la trama del «pacto criminoso», para evitar la solución psicótica, es decir, la muerte como encuentro con el límite final.