

Lugar y objeto de las terapias transicionales en el tratamiento de los toxicómanos*

Dr. CLAUDE OLIEVENSTEIN**

Introducción

La toxicomanía resulta del encuentro de un producto, una personalidad y un momento sociocultural. Acoger y tratar a un toxicómano significa intentar tratar cada uno de estos tres parámetros. Esto no resulta evidente ni fácil, y hoy en día aún nos encontramos con enormes incógnitas. No existe un tratamiento definitivamente eficaz y debemos reducirnos a distintas hipótesis etiopatogénicas.

Admitiremos como hipótesis de trabajo los argumentos siguientes:

Desde un punto de vista teórico la noción en el desarrollo del futuro toxicómano de un traumatismo simbólico o real, denominado por nosotros estadio del espejo roto, alrededor del cual se organiza una búsqueda de identidad que lleva sucesivamente al estadio de la desmesura, a la ambivalencia andrógina, al estadio de la fusión con el producto, verdadera fisión atómica en la que el recuerdo agradable es uno de los obstáculos fundamentales del tratamiento.

Estos fenómenos intervienen en la clínica del toxicómano de una forma tan importante como las relaciones de causalidad, las nociones esenciales de cinética de los fenómenos psíquicos, de atmósfera y de intensidad.

Estas bases teóricas convierten en inoperantes, al menos en las fases iniciales del tratamiento, las nociones estructurales o tóxicas.

Conviene, pues, construir un instrumento terapéutico que responda a todas estas consideraciones. Es lo que trataremos de desarrollar en este trabajo.

Conducta general ante una cura

El tratamiento y la acogida de un toxicómano parten del principio de que el recuerdo grato de los efectos del producto y la noción del placer que produce permanecen durante largo tiempo, constituyendo un obstáculo a vencer, por lo que deberá organizarse un contrapeso institucional y psicoterapéutico.

Para ello hay que proceder en tres fases sucesivas:

- La desintoxicación física.
- El aislamiento del entorno habitual.
- La psicoterapia específica.

La experiencia demuestra que economizando cualquiera de estas tres fases en el tiempo o en el espacio se producen el máximo de fracasos.

Es aplicando con rigor este esquema cuando se llegan al máximo de resultados, a saber, construir la democracia psíquica del sujeto que le permita escoger.

Hay que admitir dos cosas:

- La primera es que no se cura a un toxicómano como se cura una fiebre tifo-

* Conferencia leída en las XIII Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL, celebradas en Palma de Mallorca, 21, 22 y 23 de noviembre de 1985. Se publica con la autorización y supervisión de la traducción por el autor. Traducido del original francés por M.^a Dolores Montes y Andrés Roig.

** Director del Centro Médico Marmottan, 17-19 rue l'Armaillé, 75017 París, Francia.

dea; el concepto de democracia psíquica procede de algo que *a priori* no es científico y que pertenece al dominio de la opinión. Gracias al trabajo terapéutico y a la confrontación de imágenes múltiples de identidad, el sujeto se formará una opinión sobre las elecciones que deberá hacer respecto a una identidad parcial aceptable para él.

- La segunda es que cuando se plantee el momento estratégico de esa elección, es el sujeto, y no el terapeuta o la institución, quien elige su forma de salida de la toxicomanía. Comprenderemos mejor bajo estas condiciones que podamos «llevar» durante años a toxicómanos y que, al final, escojan otra institución u otro terapeuta para curarse.

Desconocer estos puntos, adelantarse a los acontecimientos, es impedir el acceso del toxicómano, con su propia cinética y en su ambiente, a una forma de compromiso vital. Es ir a parar frecuentemente al suicidio del toxicómano «curado» cuando se encuentra confrontado a ese sufrimiento inimaginable que es el sufrimiento del sujeto desintoxicado.

En estas aclaraciones cada una de las tres fases que hemos propuesto reviste una importancia estratégica esencial que podemos asimilar a un aspecto transicional en el sentido de WINNICOTT, pero en el que la especificidad vendría dada por ser hecho y parcialmente voluntarista.

En relación a los fenómenos psíquicos de ambiente y de intensidad, en relación a la cinética propia de la toxicomanía, esta estrategia, vista en su conjunto, presenta la continuidad y la discontinuidad; la continuidad simbolizando la voluntad terapéutica de llegar a una meta; la discontinuidad teniendo en cuenta los altibajos de las vivencias del toxicómano.

Comprenderemos fácilmente que no se trata de una sucesión de ubicaciones pasivas, sino de hechos, de la aplicación práctica —en actos y en palabras— de la concepción teórica expuesta brevemente arriba y que si para nuestra comodidad hemos dividido el desarrollo de la cura en tres fases, en la realidad terapéutica se imbrican, retornan con los fenómenos de «va y viene», lo que implica ciertamente una pérdida de energía, pero que a fin de cuentas es necesaria en la elaboración de un compromiso vital.

La desintoxicación física

Todo terapeuta es colocado ante la conjunción de las denominadas dependencia física y dependencia psíquica. Recordemos que concebir la dependencia como un fenómeno únicamente pasivo me parece cometer una falta profesional; la dependencia es tan querida y buscada por el sujeto como los efectos positivos del tóxico. La dependencia es para el sujeto un modo de ser en el mundo que le protege, más o menos eficazmente, de sus angustias fundamentales, angustia mortífera, angustia de estar en el mundo con la desgarradura (*) inicial.

Hay que organizar, pues, un espacio y unas vivencias transicionales que constituyan el primer compromiso entre la dependencia total y la independencia más o menos conseguida.

Para ello:

- Debe escogerse un lugar que ofrezca a la vez las condiciones de un «capullo» protector, algo así como un útero que dispoga al mismo tiempo de un medio de salida que posibilite la elección del sujeto.
- El contrato es la primera concesión que el sujeto hará a la opinión. Para que pueda hacerlo es necesario que el medio y las figuras terapéuticas sean suficientemente fusionales o erotizadas para que el sujeto se permita esta primera concesión sin hacer trampas. Subrayemos la importancia del primer encuentro con la institución y con la palabra del terapeuta. En nuestra concepción, este primer encuentro debe ser del orden del «flash» que haya sentido con el producto, de ahí la autorización dada al terapeuta de la interpretación salvaje y brutal, de la seducción, pero existiendo igualmente la obligación para él, por ética fundamental, de proponer su proyecto global en esta primera entrevista.
- La desintoxicación propiamente dicha debe también escoger productos transicionales, suficientemente buenos para actuar eficazmente sobre el síndrome de abstinencia; suficientemente neutros para no evocar, con sorpresa para el sujeto, el placer que el producto tóxico originaba.

(*) Hemos traducido *béance* por desgarradura. (N. del T.)

En estas condiciones la desintoxicación es vivida como una propeútica de los acontecimientos siguientes, tanto si termina con éxito como si no. Debe quedar en la memoria del sujeto un recuerdo suficientemente satisfactorio, incluso en su parte dolorosa, para que haga un primer contrapeso a dúo con el producto.

El aislamiento del entorno habitual

Cuando la primera fase ha sido conseguida puede irse más lejos. Se trata, a la vez, de concluir un segundo contrato y de proponer una nueva posibilidad de identificación.

Esta nueva identificación será doble; por una parte, con un grupo de toxicómanos en ese momento abstinentes, y por otra parte, con nuevas figuras terapéuticas.

Tendremos, pues, por un lado, una separación del grupo de toxicómanos activos y prosélitos contrastándola con la verificación de la posibilidad de ser abstinentes, y por otro, una nueva posibilidad de identificación en un lugar de vida con sus exigencias y sus nuevas figuras sustitutorias.

Este lugar debe ser suficientemente caluroso para ser de nuevo un «capullo» protector, pero su ortopedia será ya menos calurosa y más exigente. Por ejemplo, no podrá recurrirse a los medicamentos y sí a la posibilidad de un aprendizaje por el trabajo.

Podemos considerar a este conjunto como un «espacio transicional vivido» donde las posibilidades de juego son importantes, pero donde el aprendizaje de «la ley» es progresivo.

En el esquema que describimos aplicamos la teoría y la técnica del embudo, que hace que el campo propuesto al toxicómano sea amplio y polimorfo al principio y poco a poco se estrecha como en un embudo con, huelga decirlo, a cada paso, su consentimiento y su posibilidad auténtica de dejar el programa.

A cada fracaso el trabajo se retoma, pero no en los mismos lugares ni en los mismos espacios. Utilizamos todos los recursos institucionales y las personas de la cadena terapéutica, conjunto de instituciones, personas y técnicas distintas que ofrecen cada una de ellas una identificación diferente.

Esto no significa que el proceso de asistencia y de trabajo es eterno. De hecho hay que hacer comprender al toxicómano que el programa propuesto tendrá un fin, sea cual sea el porvenir del paciente. No es cuestión

de transformarlo en un asistido de por vida, como se hace, por ejemplo, en algunas comunidades terapéuticas.

Todo el proceso tiende a utilizar la dependencia como un proceso para vencerla por la técnica de dependencias parciales y cada vez más restringidas, admitiéndose que en la trayectoria del toxicómano hay una participación voluntaria para crear la dependencia y que, por ello, puede haber también la voluntad de dejar de utilizarla.

En esta estrategia, y teniendo en cuenta ciertos elementos teóricos:

- La noción del estadio del espejo roto.
- Seguía de la noción del estadio de la desmesura.
- La noción de estados psíquicos en zigzag marcados por el *high* y el *down*.

Es ilusorio pensar que la cura se desarrollará de una forma lineal, especialmente en un solo espacio transicional vivido.

Habrà que ofrecer al sujeto diferentes modelos de identificación, diferentes espacios, para que se reencuentre con los trozos diseminados del espejo y pueda realizar —siempre en el dominio de la opinión— elecciones de identidad parciales.

Es aquí cuando interviene la noción de cadena terapéutica, con su sucesión de instituciones ofreciendo modelos de identificación diversos y relaciones con las tres dimensiones diferentes (real, imaginaria y simbólica) de la ley.

Recordemos que el trayecto del toxicómano es un trayecto de discontinuidad en la continuidad.

Subrayaremos en relación a esto el grave peligro de aplicar concepciones teóricas preexistentes en el campo de la toxicomanía:

Ya sea la opción psiquiátrica, nosográfica, la opción neuro-bio-fisiológica, la opción psicoanalítica o la opción sociológica, nunca cuadran del todo con la verdad clínica del toxicómano.

El esquema que hemos propuesto del espejo roto permite explicar parcial y temporalmente esta inadecuación. Pero incluso este esquema no puede explicar completamente el carácter del objeto en el toxicómano que no es simbólico ni real, pero que se convierte en real cuando un polvo inerte se inyecta y entra en lo simbólico al mismo tiempo que en la memoria del sujeto; ni tampoco esta conexión entre lo real, lo simbólico y lo imaginario de la que en nuestra práctica nos hemos ocupado y para la que no estamos preparados.

Es decir, que en la práctica hay que mani-

pular con mucha prudencia las fases sucesivas que hemos descrito. Por ello proponemos la «noción de espacios transicionales vividos» a esos lugares de vida para que no se conviertan en un fin en sí, sino que se organicen para rechazar todo estado de dependencia masoquista del sujeto respecto a ellos. Para expresarlo en términos precisos, por ejemplo, es justo que nada más se fije el día de entrada se prevea el día de salida.

Aquí, más que en otra parte, la noción de programa o de contrato es esencial. Permanecemos en el terreno de la opinión a construir y con el respeto de la especificidad del toxicómano. Permanecemos en el terreno del intercambio y del trueque especificados en la marcha ambigua y contradictoria del toxicómano que pide cambiar de estatuto y al que el terapeuta aporta respuestas ambiguas y contradictorias hasta un cierto punto del cual volveremos a hablar.

La psicoterapia específica

Lo que debemos volver a plantear es el problema fundamental de la ética que subyace a toda nuestra gestión. Y esto para explicar la autorización que nos concedemos para poder adoptar en un principio una posición cercana a la perversidad en la relación psicoterapéutica.

Para mayor comodidad en este trabajo hemos puesto como fin de trayecto la psicoterapia, pero es evidente que ya desde el primer encuentro deben situarse dos elementos contradictorios:

- Por un lado, el anuncio de un programa a largo plazo que implica muchas desilusiones (cito con frecuencia la frase de Wiston Churchill al pueblo inglés: «No tengo más que sangre, sudor y lágrimas para proponeros») y la organización de la puesta a punto de los contratos sucesivos.
- Por otra parte, una seducción del toxicómano donde la intensidad de la relación gana sobre la explicación causalista. No del todo, ya que se trata efectivamente de un verdadero golpe fulminante que entendemos es el equivalente del «flash» sentido por el sujeto en su primera inyección, y podemos ayudarnos por interpretaciones a golpe de navaja, como un bisturí al abrir un absceso, para hacer entrever al sujeto lo que será, en parte, el trabajo psicoterapéutico ulterior.

Partiendo de esto se organizará el vínculo posterior. Inicialmente el terapeuta sabe que si quiere triunfar debe situarse en el lugar del tercero excluido que es el objeto droga. Debe aceptar funcionar, durante cierto tiempo, a dúo con el toxicómano tal y como éste ha funcionado a dúo con su producto.

No nos engañemos. Es tal vez la parte más fácil de la relación con el toxicómano. Todavía habría que saber dónde termina la manipulación útil de los efectos y dónde comienza la dependencia y la manipulación escandalosa.

Si el terapeuta está constantemente presente, la base ética es fundamentalmente la siguiente: todo toxicómano debe ser conducido a la independencia y, por tanto, a la ruptura con el aparato institucional y el terapeuta. El puede utilizar el esquema propuesto. Por el contrario, si la relación dependiente se convierte en un fin en sí mismo peligra no sólo la dignidad o la libertad del hombre, sino que existe también una falta profesional grave, pues al no reparar el espejo, la demanda del toxicómano quedará insatisfecha y tenderá al rechazo con el corolario de la recaída o del suicidio.

De hecho, y hay que precisarlo, no se trata de reparar el espejo; esto resulta imposible. Por eso hemos realizado una llamada al concepto de la opinión, es decir, edificar un concepto cultural, ideológico y ortopédico del Yo, capaz de hacer una elección. Es lo que hemos denominado el estadio de la democracia psíquica.

Para llegar ahí la relación entre el terapeuta, ayudado por todo el aparato institucional (ya que un terapeuta solo no puede hacer nada ante la discontinuidad y la duración de la trayectoria del toxicómano), debe pasar por dos fases:

- Tras la fase iniciática debe aceptar el lugar del tercer excluido en una relación más o menos fusional con el sujeto.
- Progresivamente debe canalizar la demanda del sujeto, seguir la teoría del interior; en un principio es un sustituto parcial del objeto. Se convierte a continuación él mismo en objeto transicional, y más tarde es el campo de la terapia, cada vez más ortodoxa, lo que se convierte en espacio transicional vivido, que él debe aceptar compartir con otros espacios transicionales.

Como hemos indicado en otro texto, se trata de una verdadera guerra de movimien-

tos; entendámonos, una guerra psíquica interior y exterior al sujeto.

La intervención del terapeuta es constante al principio. Debe seducir, convencer, tranquilizar, jugar, interpretar, empujar, pero todo esto orientando lo más posible la terapia hacia un acuerdo con la realidad exterior.

A medida que va progresando la cura, la evolución hacia la ortodoxia debe precisarse.

Pero no nos equivoquemos. El sujeto que haya efectuado tal recorrido, a través de esta puesta en escena, no podrá terminarlo con

ese terapeuta transicional. Cuando la consolidación de su Yo ortopédico sea suficientemente fuerte el toxicómano elegirá él mismo abandonar su identidad. O bien se contentará con esa cicatrización o irá más lejos eligiendo un análisis ortodoxo.

Ahí finaliza el lugar de las terapias transicionales en el tratamiento de los toxicómanos. El honor y la gloria del terapeuta especializado es detenerse ahí, permitiendo la marcha de su paciente.