

El acompañante terapéutico en las adicciones (*)

Kuras de Mauer, Susana (+); Resnizky, Silvia (+ +)

(+) Psicóloga, psicoterapeuta.

(+ +) Psicóloga, psicoanalista.

RESUMEN

En el presente artículo efectuamos una revisión del concepto de adicción, así como los aspectos psicopatológicos relacionados con las conductas adictivas. Se estudian también algunas cuestiones relacionadas con la adolescencia y la estructura y dinámica familiar de los adictos.

Por último se describen las condiciones básicas para intervenir terapéuticamente.

Palabras clave.— *Adicción; Adolescencia; Psicopatología; Tratamiento.*

SUMMARY

This article deals with a revision of the concept of addiction, as well as the psychopathological aspects related to addictive disorders. It also revises some aspects of adolescence and the family structure and dynamics of addicts.

Latly, it looks at the basic conditions required for a therapeutic approach.

Key words.— *Addiction; Adolescence; Psychopathology; Treatment.*

(*) Este artículo está basado en un capítulo de nuestro libro: *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Editorial Trieb, Buenos Aires, 1985.

En él se hallará una descripción del rol del acompañante terapéutico dentro de las terapias de abordaje múltiple.

ACLARACION INTRODUCTORIA

Para la elaboración de este artículo, hemos apelado a diversos textos-consulta. Sin embargo, queremos aclarar que el texto en el cual nos hemos basado en primer término es el libro *«La droga máscara del miedo»*, de EDUARDO KALINA y SANTIAGO KOVADLOFF. Con estos dos autores hemos trabajado en equipo, tratando pacientes adictos y psicóticos, a lo largo de diez años. Ese libro es el corolario de dicha experiencia y refleja claramente los fundamentos de nuestra ideología de trabajo. Puede, por eso, decirse que *La droga, máscara del miedo*, ha sido medular en la elaboración de este artículo ⁽⁴⁾.

ACERCA DEL TERMINO «ADICTO»

KALINA y KOVADLOFF afirman que el sustantivo adicción designa la inclinación o apego de alguien por alguna cosa. El adjetivo define a la persona francamente propensa a la práctica de alguna cosa (creencia, actividad o trabajo) o apasionada, apegada y muy inclinada a determinados principios. En sentido figurado el adjetivo adicto es usado como sinónimo de leal, consecuente y constante.

Este término derivado del latín designó en tiempos de la República Romana al sujeto que se convertía en esclavo para así saldar una deuda que de otro modo no podía pagar. El adicto eran entonces un despojado, una persona que no supo o no pudo conservar aquello que le confería identidad. Al ser desplazado a una condición inferior, la del esclavo, perdía su identidad y se veía impelido a adoptar una identidad que le era impropia.

La pérdida de identidad se le presentaba como la única solución posible para lograr saldar la deuda pendiente.

PSICOPATOLOGIA DE LA ADICCION.

SIGMUND FREUD creó las bases para una comprensión del fenómeno de las toxicomanías en la medida en que vinculó las diferentes formas de drogadicción con necesidades infantiles primarias no satisfechas oportunamente, sosteniendo que los orígenes de esta afección deben buscarse en

la etapa oral del desarrollo.

HERBERT ROSENFELD⁽⁸⁾ vincula la adicción a las enfermedades maniaco depresivas, si bien sostiene a la vez que ambas afecciones no son idénticas. Explica que el toxicómano es aquel sujeto que instrumenta mecanismos maniacos de idealización y control omnipotente para negar ansiedades y frustraciones. La droga es equiparada a un objeto ideal, que refuerza los mecanismos de negación y disociación. El Yo del adicto es débil y carece de fortaleza para tolerar el dolor de la depresión.

La adicción presupone la existencia de una personalidad con un gran predominio de la aidez oral, refiriéndonos con esto no sólo a una ingesta desenfadada sino también HERBERT ROSENFELD insiste no sólo en la regresión oral del drogadicto sino también en la excesiva división de su Yo y de sus objetos, ya que sitúa el punto de fijación en la etapa esquizoparanoide a pesar de que afirma que estos pacientes alcanzaron parcialmente la posición depresiva.

ROSENFELD agrega a este planteo que una cualidad importante en estos cuadros es un aspecto específico de la defensa maniaca; la degradación y desvalorización del objeto. Esto se vincularía a través de la identificación proyectiva de sus propios aspectos desvalorizados y dependientes, negando así su necesidad de recibir ayuda. El fármaco sirve como antídoto contra la soledad y la depresión. Desde esta óptica, la droga es utilizada para eludir e incluso aniquilar todo objeto o situación frustrante o persecutoria.

Sin embargo, ROSENFELD afirma que la droga puede ser también sentida como una sustancia mala y destructiva y, en ese caso, *«su incorporación simboliza una identificación con los objetos malos destructivos sentidos como persecutorios»*.

El empleo de drogas aumenta el poder omnipotente de la pulsión destructiva. Cuando la ingestión de drogas ocurre bajo el dominio de impulsos sádicos el adicto es *«capaz de actuar sus impulsos destructivos sin ninguna ansiedad o afecto pe-*

ro también sin ningún control». Se entrega a «una orgía de destrucción dirigida contra el objeto externo pero que incluye también a sus objetos internos y a sí mismo».

La ingestión destructiva y omnipotente de droga se vincula estrechamente con la manía.

HERBERT ROSENFELD sostiene también que existe una relación entre la adicción a las drogas y la depresión. En estos casos, la droga representaría a un objeto enfermizo o muerto, y su ingestión la incorporación de dicho objeto. El sujeto estaría identificado con ese objeto y el efecto farmacotóxico reforzaría esa identificación.

Desde la perspectiva kleiniana, el toxicómano evita a través de la droga el ingreso a la posición depresiva pues para él la irrupción de la depresión trae aparejado el riesgo de la desintegración total de su Yo, que implica la incorporación de sus aspectos disociados. Esto es vivido por el sujeto como una situación sumamente peligrosa que puede llevarlo a la locura. Así pues el adicto ingiere drogas para sobreponerse a su vivencia persecutoria de desintegración; pretende que la droga actúe como tapón de esa parte psicótica que amenaza con invadir la personalidad total. ROSENFELD afirma que la droga funciona como un engrudo o adhesivo de mala calidad que el adicto usa como último recurso para intentar, aunque sea a través de un organizador precario, mantener algún tipo de equilibrio intrapsíquico.

LA DROGADICCIÓN COMO ACTO PSICOTICO

KALINA y KOVADLOFF afirman que en el acto mismo de consumir drogas se pone de manifiesto la existencia de una organización psicótica activa. «La incorporación responde a un estado micro o macro psicótico (según sea la envergadura de la dosis y la frecuencia del consumo».

Queremos subrayar entonces, que la conducta adictiva puede entenderse como una conducta psicótica que tiene la estruc-

tura de un estado delirante. El adicto racionaliza (delira) y adjudica a la droga poderes mágicos «irreversibles ante las explicaciones lógicas, insensibles a la corroboración externa e inmodificables por la experiencia». El adicto no tiene conciencia de enfermedad. Los autores recién mencionados agregan que «para el adicto la droga posee el carácter de una ecuación simbólica, que ella no es lo que es sino lo que representa». Es por eso que el adicto no se da cuenta del daño que ocasiona a su cuerpo a través de la ingesta desenfrenada de tóxico.

«La contracarga del placer drogadictivo es el envenenamiento» y es por esto que la adicción a drogas constituye una práctica psicótica y suicida.

ALTERACIONES EN EL PROCESO DE INDIVIDUACIÓN DEL ADICTO

JOSE BLEGER sostiene que el adicto es un sujeto incapaz de efectuar una adecuada desimbiotización debido a alteraciones importantes acaecidas en el vínculo simbiótico primitivo con su madre⁽³⁾.

De la fusión originaria mamá-bebé surge con el tiempo un gradual despegue, un inicio de discriminación. En el adicto este proceso de discriminación no se llevó a cabo de manera adecuada. Afirman KALINA y KOVADLOFF que «una madre que dosifica el proceso de desimbiotización le brinda a su hijo un modelo adecuado que redunde en beneficio de la maduración del sujeto permitiéndole aprender a reconocer al otro como otro y del mismo modo a autoreconocerse sin que este proceso de maduración resulte intolerable para quien lo experimente».

El adicto es incapaz de distinguir al otro como otro y por ende tampoco puede reconocerse a sí mismo. DAVID ROSENFELD⁽⁷⁾ sostiene que es bastante habitual encontrar en la historia personal del drogadicto un vínculo muy frustrante con la madre en períodos muy tempranos del desarrollo. Estos sujetos no pueden, en consecuencia, reconocer la separación entre el self y el objeto ya que admitir la separa-

ción, y por ende la existencia autónoma de un objeto *«lleva a reconocer los sentimientos de dependencia respecto del otro, así como su bondad y la envidia consiguiente hacia dicho objeto»*.

El consumo adictivo de drogas está al servicio de una necesidad psicótica de diferenciación. El vínculo del adicto con la droga puede ser considerado como un vínculo simbiótico. El sólo hecho de tratarse de un vínculo simbiótico con un elemento químico denuncia la existencia tanto de una simbiosis previa patológica como también de fuertes tendencias autodestructivas, suicidas.

El pasaje de la dependencia a la independencia está alterada en el adicto, es por eso que establece con la droga una relación de dependencia patológica de la cual no tiene conciencia.

DAVID LIBERMAN⁽⁵⁾ establece que en el caso del cocainómano y, aún más, en el del morfinómano, la relación patológica no es sólo con la droga sino también con la persona que la suministra, que adquiere concretamente el poder de la madre. Con el proveedor establece el adicto una ligazón infantil y así como en la infancia el abandono por parte de la madre significa para el niño un cataclismo, el abandono por parte del proveedor de drogas involucra un peligro similar, en la medida en que posee al igual que poseía la madre el poder de provocar sufrimiento con el abandono.

La droga pasa a constituir para el adicto un depositario (sustituto) sobre el que realiza proyecciones masivas, de tal manera que en ella queda hipotecada gran parte del Yo del sujeto.

JOSE BLEGER⁽³⁾ considera que para poder lograrse la separación del depositario es necesaria una elaboración de la relación simbiótica. Se trata de un proceso gradual que se logra mediante la polarización y la diversificación de vínculos con cada depositario, y también probando un mismo modelo de vínculo con distintos depositarios.

COMPONENTES SUICIDAS DE LA CONDUCTA ADICTIVA

A través de la droga el adicto busca preservarse de una vivencia desorganizadora. No puede reconocer su intensa dependencia de los objetos y por eso la niega maníacamente. Mediante la ingesta cree el adicto que él mismo se transforma en un pecho nutricional que lo tiene todo y que por ende no necesita nada de nadie.

La paradoja consiste en que la desintegración encuentra su aniquilación. DAVID ROSENFELD⁽⁷⁾ afirma que *«la organización narcisista que da origen a la adicción se ve potenciada patológicamente por los efectos de la ingesta y hace más difícil cualquier intento de discriminación»*.

La droga no es sino una supresión artificial (maníaca) del conflicto. Cuando cesa el efecto tóxico reaparece el sentimiento de soledad y el adicto vuelve a experimentar el vacío, la insuficiencia del apoyo materno y la fragilidad de sus vínculos originarios. La depresión (melancólica) resurge con características cada vez más devastadoras para el Yo y comienza nuevamente el ciclo cuyo objetivo es el mantenimiento de un equilibrio pero cuyo destino es la autodestrucción. Así pues aunque el acto adicto se lleva a cabo para evitar la experiencia desintegradora de la soledad-muerte, al realizarlo se favorece la consumación del aniquilamiento definitivo. Es desde este punto de vista que consideramos al adicto un suicida, un sujeto que busca la muerte a través de la droga.

Subraya HERBERT ROSENFELD que las drogas producen una inflación inútil del narcisismo e impiden que se perciba el progreso de la autodestrucción por el hecho de que la elación reactivó la creencia narcisística del paciente en su invulnerabilidad e inmortalidad. El cree que no está tomando una dosis letal de la droga para suicidarse, sino para liberarse definitivamente de la depresión⁽⁸⁾.

Dicen KALINA y KOVADLOFF que bajo el efecto de la droga el adicto sustituye su sensación de fragilidad por un sentimiento de extraordinario vigor. Cree ilu-

soriamente haberse sobrepuesto al fracaso yoico. Pero como el efecto de la experiencia drogadietiva es transitorio, la amenaza de destrucción vuelve a aflorar. Así el consumo abusivo de drogas no sólo que no libera al adicto del deterioro yoico sino que por el contrario lo incrementa. Mediante las drogas «*el adicto logra insensibilizarse ante la evidencias de ese derrumbe. Se trata de un ciego que por no presenciar su destrucción cree que está a salvo de ella*».

«*La dramática paradoja del toxicómano consiste en que se mata por miedo a la muerte sentida como desintegración de su Yo.*»⁽⁴⁾

LA IMPULSIVIDAD EN EL ADICTO

RAFAEL PAZ sostiene que el concepto de impulsividad es esencialmente descriptivo y refiere el pasaje desde niveles motivacionales primitivos (pulsiones) al acto, sin la mediatización de sistemas transicionales adecuados. La secuencia normal en la realización de un acto va desde la tendencia de acción del deseo, de éste al propósito, luego a la decisión finalmente al acto. En la impulsión se pasaría directamente del primero al último de la serie⁽⁶⁾.

DAVID LIBERMAN afirma que el acto impulsivo es percibido por el paciente como algo urgente, como un impulso irrefrenable determinado por una necesidad irresistible de hacer algo agradable con una finalidad defensiva, la de bloquear el efecto depresivo en determinadas situaciones. El adicto vive sus impulsos como egosintónicos ya que carece de conciencia de enfermedad. Se trata de personas incapaces de postergar, que usan la realidad para satisfacer su necesidad de descarga⁽⁵⁾.

Estos sujetos no pueden mediatizar con la reflexión su necesidad de actuar. Como no pueden tolerar las pérdidas, la droga les resulta imprescindible pues los sustrae a la ansiedad de la espera y a la angustia de la frustración. Dice DAVID LIBERMAN que el problema central es de poder lograr que el paciente tome conciencia de sus dificultades para pensar, y establezca una re-

lación entre dichas dificultades y sus actos impulsivos, que de alguna manera constituyen una sustitución del acto de pensar. El proceso de pensar, tal como lo describe BION requiere un largo trabajo y capacidad para soportar el dolor, porque implica situaciones de elaboración y pérdida de objetos y suponen una capacidad de simbolización, o sea una auténtica elaboración de la situación depresiva⁽⁵⁾.

LA ADICCION EN LA ADOLESCENCIA

MAURICIO KNOBEL define a la adolescencia como una fase evolutiva normal del desarrollo durante la cual el individuo trata de establecer su identidad adulta.

Hay una serie de expresiones relativas a la conducta de la adolescencia que, agrupadas, pasan a constituir lo que este autor llama **el síndrome de la adolescencia normal**, cuyos ítems principales son:

1. la búsqueda de la propia identidad
2. una marcada tendencia grupal
3. la necesidad de fantasear permanentemente y de recurrir al mecanismo de intelectualización
4. crisis religiosa
5. desubicación temporal
6. una evolución sexual desde el autoerotismo hacia la genitalidad heterosexual
7. una actitud social reivindicatoria
8. contradicciones sucesivas en la conducta
9. una tendencia a la acción que suele predominar en desmedro de formas más evolucionadas del pensamiento
10. una lucha constante para lograr separarse progresivamente de los padres
11. fluctuaciones constantes del humor y del estado de ánimo⁽²⁾.

En la adolescencia se rompe el equilibrio logrado en la latencia. La modificación biológica y el crecimiento corporal incrementan la ansiedad y el fracaso en la instrumentación de mecanismos disociativos y de control obsesivo, característicos de la estructura latente, y propicia la irrupción de partes indiscriminadas de la personalidad.

Dice ARMINDA ABERASTURY que en la adolescencia es posible reconocer tres tipos de duelos:

1. el duelo por la pérdida del cuerpo infantil
2. el duelo por la pérdida de la identidad y los roles infantiles
3. el duelo por la pérdida de los padres de la infancia ⁽¹⁾.

LEA RIVELIS DE PAZ considera que el conflicto básico de la crisis adolescente es la elaboración del vínculo de dependencia simbiótico. Los vínculos que el sujeto mantiene con sus objetos o depositarios experimentan, en este momento, transformaciones peculiares.

Las características hasta aquí descritas hacen de la adolescencia una etapa vital favorable para el inicio de una adicción en aquellos sujetos que poseen una estructura mental y familiar apta para ello.

El sujeto adolescente puede intentar la resolución de los conflictos recreando regresivamente la situación simbiótica mediante la adhesión o sustitutos, grupos o cosas. La adicción a objetos o a suministros orales sugiere un nivel regresivo mayor que la adicción a personas y expresa una estructura narcisística de personalidad.

En el adolescente adicto suelen combinarse ambas adicciones, ya que en esta etapa es inusual la práctica solitaria de la toxicomanía. EDUARDO KALINA y SANTIAGO KORIN sostienen que el grupo de pertenencia forma una verdadera «familia» paralela que constituye un poderoso polo nutricional que «protege» suministrando drogas y las ocasiones propicias para consumirlas.

El miembro que posee la droga se convierte en el depositario de sentimientos fantásticos de admiración y temor. La acción de obtener y ofrecer droga es equiparada en el grupo a «lo activo», cualidad admirada y buscada por los adolescentes.

Los autores mencionados en último término señalan también que la adicción se presenta casi siempre con una fuerte carga ideológica, con un revestimiento pseudo lírico-filosófico: «*Ser diferentes, ser auténticos, vivir la experiencia, ser dueños de la*

propia vida», son slogans cargados de fuerte emotividad inspirados algunas veces en textos de poetas o músicos (RIMBAUD, BAUDELAIRE, JIMMY HENDRIX y otras veces tomados al pasar, por la simple transmisión oral entre los diferentes grupos que se intoxican.

A su vez, el grupo adictivo actúa como una verdadera mafia que opone fuertes resistencias a que cualquiera de sus miembros se aparte de él. En nuestra experiencia comprobamos que aún cuando el paciente se aleja voluntariamente del grupo, o incluso en los casos en que el distanciamiento le es impuesto por el equipo terapéutico, el grupo vuelve a buscarlo y realiza toda clase de hábiles maniobras para poder seguir suministrándole droga, aún estando el paciente internado. Se ponen entonces en juego diversas lealtades en el adicto: la fidelidad al grupo de pertenencia alterna con la lealtad hacia la familia o hacia el equipo terapéutico.

KALINA y KORIN señalan que a las resistencias del paciente hay que agregar las del grupo que procura no «perderlo» y que siente una intensa envidia frente al compañero que amaga independizarse de la droga.

LA FAMILIA DEL ADICTO

(Este apartado está basado en el capítulo homónimo escrito por KALINA y KORIN, e incluido en el libro «*La droga, máscara del miedo*»). Los autores señalan la existencia, en estas familias, de una modalidad adictiva. Uno o más miembros suelen ser, manifiesta o encubiertamente, adictos, ya sea al alcohol, al trabajo, a la comida, al juego o a diferentes medicamentos. Una investigación hecha en el C.E.NA.RE.SO. (Centro Nacional de Rehabilitación Social) en Buenos Aires permitió comprobar que muchos jóvenes realizan el primer contacto con psicofármacos (anfetaminas o barbitúricos) a través de la utilización de medicación (prescrita o automedicada) usada por la madre. La adicción está presente como modalidad relacional en estas familias, ya sea a través

de la ingesta intensiva, como a través de la realización de determinadas actividades en forma compulsiva y/o desenfrenada. *«La principal diferencia es que estas otras formas de adicción son en general, socialmente aceptadas o al menos no condenables»*. El adicto, en su intento de diferenciarse y rebelarse contra los padres, termina haciendo lo mismo que ellos. Nadie es original en su síntoma.

La familia sufre un shock en el momento en que toma conciencia de la adicción de uno de sus miembros. Pero la alarma no se debe tanto al descubrimiento de la adicción (modalidad familiar compartida) sino a la forma ilegal en que ésta se expresa a través del comportamiento del señalado como adicto.

Es frecuente que aparezcan resistencias al intentar abordar al adicto incluyendo desde un principio el tratamiento familiar. La conciencia de enfermedad y la disposición de la familia a cambiar serán indicadores pronósticos muy importantes a tenerse en cuenta.

Hay familias que estrechan filas alrededor del paciente con la intención de ayudarlo y otras que se dispersan dejando al paciente sólo y aislado.

Los autores anteriormente citados sostienen que «el adolescente drogadicto proviene predominantemente de dos clases de familias: las simbióticas y las sismáticas. En este último tipo de familias lo característico es la dificultad para establecer relaciones con más de un miembro del grupo por vez». Sólo así pueden preservarse relaciones de la indiferenciación y de la confusión interpersonal en que suelen caer al vincularse. En las familias sismáticas la consigna parece ser *«dispersos sobrevivimos, juntos no aniquilamos»*. Necesitan mantenerse distantes para no correr el riesgo de perder su propia integridad.

«En cambio —añaden— en familias simbióticas esta distancia queda abolida y la dependencia recíproca alcanza aquí rasgos francamente patológicos».

Los miembros de estas familias no pueden actuar en forma autónoma. Todos están metidos en la vida del otro. No rige la

regla de asimetría natural entre padre e hijos. *«En este contexto se pierde la capacidad para intercambiar mensajes pertinentes y la oportunidad de confiar en algo o alguien»* ya que no hay respuestas adecuadas frente a las demandas emocionales. Es decir que tampoco se cumple la regla de sincronía comunicacional, ya que la madre es incapaz de «captar» la demanda infantil, otorgarle significado y satisfacerla adecuadamente. Esta incompetencia acarrea la producción, en el niño, de defensas patológicas y de fallas en el proceso de significación.

También señalan que, en estas familias, el hijo adicto es el depositario del núcleo melancólico de la madre. Al convertirse en depositario de la frustración materna, el hijo asume el compromiso de tratar de colmar un vacío irreductible. Ello da la pauta de que la madre del adicto es incapaz de contener la ansiedad de su hijo y por ende tampoco está en condiciones de permitirle el pasaje por una simbiosis normal que le posibilitaría una posterior diferenciación.

El hijo puede llegar a transformarse en la principal fuente de autovaloración de la madre. *«El hijo pasa a ser la droga que sostiene a la madre y él, a su vez, busca alivio en los fármacos para mitigar su propia melancolía de fondo»*. Busca en la química la gratificación afectiva que su madre no pudo brindarle. Esta madre no puede tolerar la depresión de su hijo. Cuando en el curso del tratamiento surge en el paciente la depresión comienza, a su vez, *«maniobras de la madre dirigidas a obstaculizar el tratamiento con la esperanza de recuperar la homeostasis patológica perdida»*.

En este tipo de familias, el padre suele ser la figura ausente por excelencia.

El padre cuando satisface adecuadamente su papel interfiere en la diada madre-hijo promoviendo el acceso al orden simbólico, futuro organizador del lenguaje. El padre del adicto no puede hacer nada por impedir que su hijo quede atrapado en la relación con la madre. Esta situación entre padres e hijos es uno de los rasgos característicos de las familias con potencial adictivo.

Asimismo, la ausencia, debilidad o desvalorización de la figura paterna impiden que se establezca en la familia conyugal una ley diferente a la que rige en la familia de origen de la madre. Cuanto más débil es la relación (entre marido y mujer) más fuere e indiferenciada será la relación madre-hijo y la relación de la madre con su familia de origen.

Es frecuente verificar que en estas familias rigen normas y pautas provenientes del contexto de la familia materna que no son funcionales en el contexto de la familia conyugal. Y tal como decíamos en un capítulo anterior: a mayor preponderancia de la familia materna en desmedro de la autoridad paterna, mayor terreno para el surgimiento de patología grave.

¿COMO ABORDAR TERAPEUTICAMENTE AL PACIENTE DROGADICTO?

1. Desatar el malentendido inicial del encuentro acompañante terapéutico (A.T.) drogadicto.

Toda tarea asistencial presupone la aceptación de que un «padecimiento» convoca a un enfermo y a uno o más agentes terapéuticos que abordarán dicha consulta. Hemos aquí frente al malentendido inicial: el A.T. se acerca a asistir a un paciente que no se reconoce como enfermo.

Este «desencuentro» genera una reacción resistencial inicial que demanda del A.T. una disposición especial para trabajar sobre la conciencia de enfermedad.

2. Incluir el «no» en la vida del paciente

La experiencia clínica nos ha enseñado que el primer «No» que debemos trabajar en el acompañamiento consiste en coincidir y transmitir la convicción de que la drogadicción no es una elección de vida, sino una enfermedad (Suicidio a largo plazo).

Somos conscientes de que el drogadicto usa a la droga —equivalente de la madre— en lugar de estar con ella y de esta manera re-establece el vínculo simbiótico patológico a través del clásico retorno de lo reprimido: enfermando vuelve a recuperar a

su «**mamá opresora**» o sustitutos tales como la policía, las clínicas psiquiátricas, prohibiciones, etc.

Comenzar un tratamiento es pues implementar un «**no más ingesta de droga**». Todo síndrome de abstinencia produce un desborde de ansiedad que el A.T. y el equipo en su totalidad deben contener.

Al «no» del consumo le debemos agregar otra suerte de abstinencia: la continuidad de la pertenencia a su red social del adicto que boicoteará la salida de uno de sus miembros.

3. Instrumentar con el paciente una ideología de vida sin droga.

Para ayudar al adicto a recomenzar una vida sin droga, los A.T. debemos prestar nuestro yo como «un combustible» alternativo a la droga que sacia mágicamente. Nos avocaremos a organizar con él (cuando no por él) un diseño de actividades que excluye a la droga como eje de funcionamiento.

En esta ingeniería de vida cotidiana pondremos especial cuidado en su dificultad acerca del propio esquema corporal.

Múltiples serán los recursos que pondremos en marcha para transitar el camino desde aquel «tiempo mágico» a la realidad de la agenda, la verdad del reloj o la irreversibilidad del calendario.

El A.T. se encontrará con un «otro» para quien el propio cuerpo es vivido como invulnerable. Es función del A.T. desnudar la negación en torno a dicha fantasía promoviendo en el paciente la necesidad de conectarse con el cuidado del mismo. Actividades destinadas a contrarrestar el maltrato corporal que se infligen (gimnasia, chequeos clínicos, higiene personal, asistencia odontológica) operarán como espejo de una realidad ignorada.

4. Acompañar al paciente en la búsqueda de proyectos vitales.

El paciente drogadicto apela a la ideología de la droga como consecuencia de una historia vital poblada de microabandonos y vacíos de los que necesita huir desesperadamente. Preso de una madre que lo necesita para ella y de un padre que no pue-

de defenderlo (y necesita ofrecer a ese hijo en prenda para poder salvarse él), el drogadicto recurre mágicamente a la droga buscando «sostén».

Es desde ese hambre de contención que el A.T. con su equipo comienzan a «hormigonar un piso firme», el cual recién en su segundo momento se convertirá en terreno de operaciones del proceso de curación. Es por esto que el acompañamiento del adicto requiere de los A.T. que lo asisten un entrenamiento especializado para que su tarea no se agote en la custodia o en la posibilidad de juzgarlo desde una ideología diferente.

Por el contrario es allí donde nuestro trabajo comienza; en el reconocimiento de una vivencia humana de impotencia e invalidez de donde la soledad y la muerte lo amenazan con el aniquilamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY, A. (1971). *Adolescencia*. Ed. Kargieman, Buenos Aires.
2. ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (1973). *La adolescencia normal*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
3. BLEGER, J. (1972). *Simbiosis y ambigüedad*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
4. KALINA, E.; KOVADLOFF, S. (1987). *La droga, máscara del miedo*. Ed. Fundamentos, Madrid.
5. LIBERMAN, D. *Comunicación y psicoanálisis*. Alex editor.
6. PAZ, R. (1973). *Psicopatología sus fundamentos dinámicos*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
7. ROSENFELD, D. (1976). *Clínica psicoanalítica*. Ed. Galerna, Buenos Aires.
8. ROSENFELD, H. (1974). *Estados Psicóticos*. Ed. Hormé, Buenos Aires.
9. *CUADERNOS DE TRABAJO DE CE. NA.RE.SO.* (Centro Nacional de Reeduación Social). Año 2, (1976), n.º 15, 17 y 19. Año 3, n.º 21. Buenos Aires.