

El toxicómano, su producto y su familia (*)

S. Sternschuss-Angel**; P. Angel**; B. Geberowicz**

**Psiquiatra

RESUMEN

Los autores analizan las dinámicas relacionales de familias de usuarios no dependientes de drogas y las de adictos a la heroína abordándose específicamente las interacciones familiares más frecuentes.

Palabras clave.— Familia, uso de drogas, toxicomanía, terapia de familia.

SUMMARY

The authors analyse the dynamic relationships in the families of non-dependent drugusers and those of heroin addicts, focusing on the most frequent family interactions.

Key words: Drug use, drug addict, family therapy.

(*)Publicado originariamente en: «TOXICOMANIES ET THERAPIES FAMILIALES» RESEAUX-SYSTEMES-AGENCEMENTS, N.º 6 (Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et pratiques de Réseaux) Editions Universitaires, 1982

Traducido del original francés por A. Roig-Traver
Se publica con la autorización de los autores

A. FAMILIAS DE USUARIOS RECREATIVOS DE DROGAS

Nosotros distinguimos, al igual que C. OLIEVENSTEIN (1) y otros profesionales de las drogodependencias, entre las familias de toxicómanos dependientes de las drogas «duras» y las de usuarios que podríamos denominar «recreativos». Si el uso cotidiano por un adolescente de cualquier droga ya plantea problemas, no es menos cierto que es importante poner el acento en los diferentes productos. Aunque el hashish no plantea problemas de dependen-

cia física, puede entrañar un acostumbramiento psicológico. Su consumo excesivo puede ser testimonio de dificultades en un adolescente. Los estudios epidemiológicos muestran que la escala no es un proceso ineluctable (sólo un 5% de usuarios de hashish terminan consumiendo heroína) y parece más probable que se trate de un hecho ligado a la psicopatología del joven y a su familia, que a una «posible contaminación del medio».

Ciertas familias consultan por un problema de droga menor y nosotros intentaremos formular alguna hipótesis a este respecto.

Correspondencia:

Centro de Terapia Familiar Monceau. 62, rue Monceau 75008 PARIS

A menudo, vienen remitidas por otros centros que atienden toxicómanos. En efecto, los profesionales de esas instituciones orientan hacia nosotros a estas familias ya que temen el proselitismo de los toxicómanos más experimentados. La primera respuesta que les proponen es esencialmente de orden pedagógico: información sobre los diferentes productos, incitación al diálogo padres/adolescentes.

Es, a menudo, por la insistencia de estos padres que se da la dirección de nuestro centro. En general, nosotros proponemos a la familia una entrevista con el fin de evaluar el riesgo del toxicómano y para apreciar la dinámica familiar. En efecto, es importante, aprehender la naturaleza de esta demanda y la intensidad de la intoxicación ya que puede existir una minimización del problema-droga. A veces, un padre nos hablará de «extraños cigarrillos» y vendrá a la consulta con un joven completamente enganchado a la heroína. Aunque, en general estas familias nos consultan dramatizando la situación.

Tal y como hemos dicho en la introducción, es a menudo más fácil para los padres definir un comportamiento inquietante como vinculado a la droga que hablar de un estado depresivo. Así, la sra. A telefona formulándonos la siguiente pregunta:

«¿Se droga mi hijo? No duerme por las noches, no puede levantarse por las mañanas, falta con frecuencia a clase, su conducta ha cambiado radicalmente desde hace dos meses». Cuando nosotros encontremos a Thierry, en presencia de sus dos hermanas mayores y de sus padres, nos resultará justificada la inquietud de su madre pues Thierry está auténticamente deprimido, pero no existen problemas relacionados con las drogas. Ha fumado en una o dos ocasiones marihuana y claramente explica que nunca ha utilizado otras drogas. Se trata en este caso de resituar el síntoma depresivo en su contexto y de iniciar una terapia familiar.

La demanda de uno —o de los dos padres— respecto a la droga nos confronta de hecho frente a dificultades de los ado-

lescentes tales como la inhibición, la ruptura escolar, la morosidad, el síndrome amotivacional.

Este reencuadre entraña algunas veces una resistencia de la familia que no acepta la redefinición del problema. Para estas familias la ecuación es clara. No hay droga = no hay problema.

Citaremos a título de ejemplo el caso siguiente. La sra. B telefona por consejo de una de sus amigas, asistente social: acaba de descubrir que su hija de 13 años toma drogas. Su ansiedad es viva, suplica mantener una entrevista ese mismo día, lo que no es posible, quedando para el día siguiente con su marido. Explica, apresuradamente, que le parece preferible venir sin sus hijos, para recibir «consejos».

La sra. B es una mujer de cuarenta años que trabaja como cuadro intermedio en una empresa de import-export. Su profesión le interesa pero —dice ella—, «ante todo me ocupo de mis hijos». Annie que tiene 13 años y Marc de 8 años. Todos los días revisa sus deberes y —dice ella— tiene una excelente relación con sus hijos, lo que es importante, ya que su marido «no está nunca en casa».

El sr. B igualmente de una cuarentena de años, es un hombre cariñoso, que responde con aquiescencia a todo lo que dice su mujer. Trabaja como ingeniero de sonido en una pequeña empresa y sus horarios varían de una a otra semana. A veces, comienza a las 7 y termina a las 15 h.; otras, comienza a las 13 y termina a las 21 h. Pasa su tiempo libre en casa, haciendo bricolage. Respondiendo a nuestras preguntas precisará que a pesar de todo ve a sus hijos a diario y que desayuna cotidianamente con ellos. Lo que difiere de la definición de «padre ausente» que la Sra. B nos ha dado por teléfono y al principio de la entrevista. Sin embargo, insistirá en explicarnos, que su mujer conoce mejor a los niños que él y que ella está al corriente de todo... La Sra. B se interesa desde hace varios años por los problemas de las drogas. Es un tema que domina. En la actualidad es el mayor peligro de los jóvenes. Ha leído, desde hace tiempo, numerosos libros

sobre estas cuestiones y habla de ellas regularmente con sus hijos. De ese modo, hace tiempo que puso a Marc al corriente de todo esto y es precisamente gracias a él que hoy se encuentran aquí. Marc tiene por consigna informar a su madre de todos los indicios que permitan sospechar el peligro de la droga. A su vez Annie debe actuar igual en lo que concierne a Marc. Obedeciendo a las indicaciones de su madre, Marc le hace escuchar una grabación de J. Higelin efectuada por Annie. Al final de la cassette la sr. B reconoce la voz de Annie diciendo «Vuelo, vuelo»... La Sra. B ha percibido enseguida el peligro que amenazaba a Annie, instaurando sobre ella, a partir de ese momento, una vigilancia discreta, pero firme. El sr. o la Sra. B van a buscar a Annie al liceo desde hace varios días y han registrado todas sus pertenencias sin encontrar nada, excepto un comprimido blanco que la Sra. B saca de su bolso preguntando si se trata de LSD. Este comprimido permitirá discutir con los padres los medicamento que se utilizan en casa. Así conoceremos que Annie tiene espasmofilia desde hace varios años. Sobre este tema la Sra. B dará numerosos detalles, citando sus lecturas y dándose un curso magistral sobre la espasmofilia. Esta enfermedad, dice ella, no es muy grave, si se trata precozmente y el pediatra ya les ha insistido sobre el riesgo de crisis tetánica mayor por los conflictos. Este trata desde hace varios años a Annie con meprobamato, comprimidos que la Sra. B distribuye regularmente antes de hacerle observaciones concernientes a la limpieza de su habitación o a sus notas escolares.

Al final de la entrevista, después de haber felicitado a los padres sobre una actitud tan calurosa y cercana a sus hijos, a la Sra. B sobre sus lecturas asiduas... proponemos una nueva entrevista en presencia de Marc y Annie con el fin de conocer estas dificultades, solicitándoles a los padres expresamente que les pongan al corriente de su consulta con nuestro centro.

La segunda entrevista debía haber tenido lugar tres días después de la primera, pero la Sra. B telefona para explicar que

todo va bien y que no puede venir debido a su trabajo. Proponemos entonces una entrevista para el lunes siguiente. El lunes, de nuevo, la Sra. B telefona para explicar que Marc se halla enfermo de reumatismo y que está esperando al médico. Mantenemos la entrevista que deberá tener lugar por la tarde, pero nos responde que no sabe si vendrá. Esa tarde, sin embargo, llegan a la hora prevista, el sr., la Sra. B y Annie. Marc ha quedado en casa debido al reuma. Conocemos así que Annie ha sido puesta al corriente muy rápidamente tras nuestra primera entrevista de la inquietud de sus padres. Explica que esto para ella ha sido un alivio pues no comprendía en absoluto la actitud de sus padres. No sabía qué podían reprocharle. Explicará que incluso había previsto fugarse, con una de sus amigas, ya que las miradas inquisitoriales de sus padres le inquietaban; se sentía acorralada por sus padres quienes la esperaban cada día a la salida del liceo. Ha podido explicar a su madre que «*Vuelo*», significaba; «*Vuelo sobre esta música*»... La Sra. B confirmará las palabras de su hija y sonriente nos asegurará que todo ha comenzado a ponerse en orden. El sr. B mantiene su aquiescencia. Cuando abordamos los problemas de espasmofilia, la Sra. B se muestra muy reticente, a pesar del hecho de que Annie cuente con detalles precisos y un placer evidente cómo se desarrollan sus crisis. De hecho ella se siente «*partir y —durante un tiempo no puede definir— se ve correr a lo largo de una montaña*»... Sus profesores, advertidos de «*la enfermedad*» por la Sra. B no comprenden que ella pueda reaccionar así. Se contentan con enviarla a la enfermería cuando lo solicita.

Esta descripción, las interacciones que las crisis entrañan, tanto en la familia (utilización de ansiolíticos) como en el seno del liceo captan nuestra atención y nos inquietan vivamente. Concluimos la entrevista con una larga connotación positiva y la propuesta de una nueva entrevista familiar en razón de la inquietud manifestada por Annie y sus padres respecto a la espasmofilia. La retroacción de la Sra. B fue inmediata: Annie no tenía ningún problema, to-

do estaba ya en orden.

La familia B no viene a la siguiente entrevista fijada para un mes más tarde, pero da nuestra dirección a una familia amiga a quienes han comunicado el calor de nuestra acogida y la calidad de nuestros consejos. Nuestra intervención fue breve y es difícil evaluar lo que se ha jugado en el curso de estas dos entrevistas; intervención demasiado rápida y amenazante para la familia o reordenación de tipo I, suficiente en un primer tiempo. De hecho, el problema planteado estaba resuelto para la familia y la respuesta a los problemas subyacentes estaba dada por el pediatra.

Teníamos, por tanto, el sentimiento de haber sido prudentes en el abordaje de estas dificultades y habíamos tenido el cuidado de permanecer lo más cerca posible de la demanda de los padres. No obstante, lo que podría parecer como positivo fue la presencia del padre en las dos entrevistas. La implicación constante del padre permitió una reestructuración triangulando temporalmente las relaciones madre/hija.

Por otro lado hay que señalar que la Sra. B, por consejo del liceo, había consultado al CMPP vecino, quienes habían propuesto una psicoterapia a Annie. La Sra. B explicaba que no había dado curso a esta propuesta debido al horario de las sesiones. Este ejemplo intenta mostrar lo difícil que resulta, una vez el problema ha sido resuelto, movilizar a la familia alrededor de sus «verdaderos síntomas». El joven usuario es el paciente designado, a menudo colocado en posición de chivo emisario, y esta función puede inducir a fenómenos de exclusión y/o a una escalada hetero o autoagresiva. Así, Annie preparaba su fuga...

No sería necesario, en ningún caso, intentar definir un perfil tipo de estas familias que no tienen apenas puntos comunes. Sus historias son diferentes. Sólo la dinámica de las primeras entrevistas donde los terapeutas deben redefinir los problemas es comparable. En efecto, la demanda viene de uno o de los dos padres, jamás del propio joven en un primer momento y es testimonio de una interacción importante.

¿Qué ha inquietado a los padres? ¿Qué mensaje ha enviado el joven a sus padres para que reaccionen? Se trata a menudo de una actitud de provocación por parte de los adolescentes que comporta una dimensión de llamada: el sufrimiento de estos jóvenes no está verbalizado y hay que descubrirlo a través de los repetidos mensajes analógicos.

La psicoterapia individual, por otro lado, fracasa a menudo, pues estos adolescentes soportan mal la situación psicoterapéutica y difícilmente verbalizan sus conflictos.

El ejemplo siguiente ilustra bien esta constatación. La Sra. C consulta por su hijo Charles de 17 años. Tiene 45 años y está divorciada desde hace 8 años. Trabaja como gerente en un comercio de confección. Charles es su único hijo. Sus dificultades se remontan al inicio de la adolescencia. Ya entonces, fue atendido psicoterapéuticamente durante un año con motivo de problemas escolares y —dice la Sra. C— «él ha sufrido mucho por mi divorcio». Ella misma ha realizado un psicoanálisis durante seis años, dejándolo hace un año. Su ex-esposo es contable en una empresa e igualmente ha realizado un psicoanálisis. Las nuevas dificultades de Charles han comenzado con la muerte de su abuelo materno, cuatro meses antes. Abandonó el liceo, deseando comenzar a trabajar, pero desde entonces no ha hecho nada. Sus relaciones con su padre, quien contrajo segundas nupcias hace 4 años, son «normales». La Sra. así como su ex-marido deseaban que Charles comenzara una psicoterapia, pero Charles la abandonó tras dos sesiones.

De hecho, esta situación claramente descrita en la primera entrevista por la Sra. C nos pareció bien distinta a medida que nosotros seguimos a esta familia. Después de dos entrevistas mantenidas con la Sra. C y Charles, propusimos al Sr. C unirse a las sesiones. Resultaba evidente que Charles tenía conflictos mayores tanto con su madre como con su padre. Toda su historia no era más que una serie de separaciones donde, por turnos, los abuelos y los padres

se ocupaban de él. El había vivido a temporadas en casa de unos u de otros y el fallecimiento de su abuelo había reactivado todas estas separaciones.

Desde hacía algunos meses utilizaba episódicamente haschish, cocaína y también alcohol (nos parece que en virtud de sus virtudes ansiolíticas).

Sus padres testimonian en el curso de las entrevistas, una perfecta capacidad de elocución, contrastando con las palabras sueltas de Charles. Desde hace varios meses le piden que adquiera mayor autonomía y que reflexione acerca de sus dificultades internas. Pero Charles entiende igualmente el mensaje analógico reenviado por cada uno de sus padres. Su madre, depresiva, que no ha podido nunca rehacer su vida, debiendo ser el apoyo de su propia madre y el Sr. C cuya inestabilidad profesional testimonia dificultades todavía no resueltas. En fin, Charles permite a sus padres unirse de manera episódica para hacer frente a sus dificultades.

El trabajo psicoterapéutico del grupo familiar fue aceptado muy rápidamente por Charles, pero más difícilmente por sus padres que intentaron reproducir con los terapeutas su propia historia familiar (turnándose por ejemplo para venir a las entrevistas) e intentando evitar estas reuniones a tres que nosotros habíamos artificialmente reconstituido. Nos parecía en cualquier caso fundamental trabajar con esta familia tanto los problemas de comunicación como permitirle elaborar sus duelos. Charles encontró en algunos meses la libertad de palabra y se opuso activamente tanto a su padre como a su madre, aceptando afirmar su identidad.

Este modelo de trabajo propuesto a los padres les permitió expresar su culpabilidad hacia Charles; estas sesiones no parecían así reproducir lo que ellos habían temido al principio de nuestros encuentros, es decir comenzar un segundo psicoanálisis. Las entrevistas habían sido propuestas para hablar del problema de Charles, teniendo en cuenta las nuevas elecciones de vida de sus padres.

Si la familia C había aceptado bien nues-

tra redefinición de la situación alrededor de las dificultades de Charles, no ocurre lo mismo para todas las familias que consultan por un problema de droga menor. Cuando después de algunas sesiones de terapia familiar, se preparan cambios de tipo 2, las resistencias aparecen y los terapeutas se encuentran ante el impase lógico siguiente: La madre del paciente designado intenta informarnos (y nosotros le hemos precisado al inicio de las sesiones que toda información dada entre las sesiones será retomada a la entrevista siguiente, para evitar las manipulaciones) que su hijo continúa tomando drogas, y que hemos dejado, demasiado rápidamente este problema de lado. Si nosotros no abordamos este problema —y bien seguro, ya que nos telefona por ello—, en lo sucesivo, ella no volverá.

Una segunda versión de este argumento nos la da el hijo, quien, presente hasta ese momento en todas las sesiones no ha venido, dejando el mensaje siguiente: «*Si ellos no saben hablar más que de la droga, no volveré más*». Estas situaciones se producen después de algunos meses de terapia, en el momento en que se producen reordenaciones familiares.

La acción de los terapeutas consiste en explicar el impasse en la que la familia los metía. Esta utilización manipuladora del problema de la droga había servido de descalificación del marco terapéutico y de los terapeutas.

Estos ejemplos nos han permitido comprender mejor el lugar del síntoma alegado por la familia.

Nos parece pues importante no minimizar la demanda de las familias, incluso si el problema planteado no es un problema de drogas. El sufrimiento que ha motivado esta demanda de consulta está ahí, alegado por un familiar cuando se trata de un joven portador de un síntoma que testimonia interacciones patológicas.

B. FAMILIAS DE HEROINOMANOS

Así como C. OLIEVENSTEIN (2) dice que no existe una infancia específica del consumidor de drogas, aunque existen

acontecimientos, fases específicas, en la infancia del toxicómano y que se pueden descubrir esas hendiduras, podemos decir que no existe una especificidad de interacciones en las familias de usuarios de drogas, pero que pueden encontrarse secuelas, vínculos, interacciones específicas en las familias de heroinómanos. La homeostasis de un sistema familiar origina en un determinado momento la necesidad de un paciente designado: las interacciones familiares, la personalidad del paciente y la posibilidad que tenga de encontrar el producto, entrañarán la elección de la heroína. Para nosotros, no existe un perfil familiar único y patognomónico de la toxicomanía pero existen puntos comunes en estas constelaciones familiares. Algunos podemos recontrarlos en otros sistemas familiares patológicos (anorexia mental por ejemplo).

Para mayor claridad, desarrollaremos esos puntos sucesivamente, entendiendo que están muy a menudo imbricados en la mayoría de las disposiciones relacionales y las anamnesis familiares.

1. La ceguera familiar

Citamos este punto en primer lugar, pues es casi constante, manifestado sin rodeos, como si este escotoma familiar fuera mostrado a los terapeutas.

Se sabe que existe, en el plano individual, un tiempo de latencia entre el inicio del consumo y el momento en que el toxicómano contacta con los servicios asistenciales. Este período, de duración variable, se denomina «*luna de miel*» y corresponde al momento en que el toxicómano vive bien con su producto.

Del mismo modo, un tiempo de latencia, a menudo largo (a veces de uno a varios años) separa el inicio del consumo de heroína y el descubrimiento de la toxicomanía por la familia, incluso aun cuando el joven habite en el domicilio de sus padres.

La revelación de la toxicomanía es a menudo consecuencia de una persona exterior a la familia (juez, amigo, policía, enseñantes) o de una descompensación somática

(septicemia, hepatitis viral). Incluso, en ocasiones, es un acto fallido del joven: jeringas abandonadas en la habitación, cucharas ennegrecidas y torcidas. Se reparará entonces en que no era el primer indicio dejado por el joven, aunque nadie quería ver la evidencia.

Esta divulgación incomoda, pues nuevas relaciones se habían instalado entre el joven y la familia durante la luna de miel; para el joven, realiza el acmé del goce, permaneciendo, al mismo tiempo dependiente de sus padres y adoptando la apariencia de una rebelión. Los padres, por su parte, reencuentran un joven dulce, gentil y afectuoso en razón de las virtudes ansiolíticas y euforizantes de la heroína. Así, después de haber vivido sólo durante tres años, Christophe de 27 años, vive desde hace 5 años en casa con sus padres y su hermana Amelia de 16 años. No es sino después de tres años que su madre se sorprende del hecho de que las jeringas que ella encontraba en su habitación de las que se servía — decía el — para llenar la estilográfica no tengan restos de tinta. Ella había observado el humor variable de Christophe de una hora a otra y también que era, más frecuentemente que antes, cálido, dulce y simpático. Esta ceguera es comparable a la observada en las familias en que una adolescente es anorexica.

2. La negación del riesgo mortal

La familia, ahora informada de la toxicomanía, desconoce muy a menudo los riesgos corridos por el paciente designado. Este punto, frecuente, está vinculado a otros elementos que atañen a la muerte y a la enfermedad en la familia; lugar de la toxicomanía en relación a la muerte de los abuelos u otra patología familiar.

Así, el sr. y la sr. B vienen a consultar por Teresa, la compañera de su hijo primogénito, fallecido recientemente por una sobredosis de heroína. Ellos se sienten culpables de no haber podido ayudarlo y querían salvar a la joven. Durante la entrevista, conocemos que su segundo hijo es también heroinómano, aunque mantiene

que él puede «salir» sólo y que el problema principal es el de Teresa. Serán necesarias dos sesiones antes de reunir a la familia (Hay además dos hijos y una hija).

La negación, por la familia, de este peligro mortal remite, en un plano individual, a la noción de «riesgo» en el toxicómano y al fantasma ordálico (CHARLES NICOLAS, A.; VALLEUR, M.) (3); *«la presencia del riesgo y su conciencia constituyen una característica importante de la conducta de los toxicómanos... En un plano individual, la realidad del riesgo, añadida a la realidad del placer que proporciona la droga, participan en una vivencia compleja alrededor de lo que se podría llamar "el fantasma ordálico", sometimiento a una potencia exterior y absoluta»*. Es el destino quien tiene el poder sobre la vida y la muerte. El riesgo vital, está presente, no cesa, aunque jamás sea considerado.

3. Las patologías familiares

La frecuencia de episodios psicopatológicos en los padres, alcanza al 50% de las familias que consultan: estados depresivos, a veces con tentativas de suicidio, alcoholismo, incluso toxicomanía, sintomatología neurótica grave. Señalemos la importancia de las conductas suicidas en la familia, y, sobre todo, el consumo de psicótropos en los padres, así como las conductas de automedicación. Precocemente los psicótropos se incluyen en el sistema de comunicaciones familiares y regulan los conflictos.

Los niños han recibido, a menudo, desde su primera infancia neurosedantes de forma prolongada. A menudo, igualmente, cuando el joven intenta una desintoxicación a domicilio sin intervención médica exterior utiliza los medicamentos de los padres para apaciguar la angustia ligada a la abstinencia.

Algunos padres presentan afecciones somáticas severas e invalidantes: esclerosis en placas, cánceres, infartos de miocardio. Existen correspondencias notables entre los momentos de empeoramiento o de muerte

de los familiares y los avatares de la trayectoria del toxicómano.

Un pequeño número de familias no vuelven tras el primer contacto; telefonean o escriben, justificando esta ausencia por el cese del consumo del joven y/o por la agravación de la patología somática de un pariente (en general la víspera o el mismo día de la entrevista). H. STIERLIN (4) escribe a este respecto: *«Si consideramos el punto de vista de la delegación (definiéndola como "confiar una carga, una misión" teniendo como principio de base el vínculo de lealtad que une al que delega con el que es delegado) muchos jóvenes drogadictos aparecen como los instrumentos y las víctimas de misiones que les han sido solicitadas y cuyas exigencias intentan satisfacer. En fin, la perspectiva transgeneracional está determinada en numerosos toxicómanos por el legado de una propensión crónica a la autodestrucción, que se ha desarrollado durante varias generaciones y se revela ahora de manera radical»*.

De ahí la fascinación por la marginalidad, las pulsiones de muerte, el fantasma ordálico que, transmitido por la historia familiar, se realizará a través de la patología del joven. Su encuentro con la droga determinará el modo patológico adictivo. Entonces invierte el curso normal del ciclo vital, ocupado el primer puesto de la lista de quienes corren el riesgo de morir, en el lugar de sus padres, después del fallecimiento de sus abuelos.

Así, Cristina de 17 años, en una destacable sincronía tomará por primera vez heroína en el momento en que su madre sea víctima de un gravísimo accidente de ala delta, adquiriendo dependencia durante el año de hospitalización de ésta, y cesando en el consumo cuando ella regrese al hogar. Más tarde volverá a «engancharse» tras el fallecimiento de la abuela materna.

La patología familiar representada por la fratria igualmente es demasiado habitual como para ser insignificante. En el 56% de las familias los hermanos o hermanas presentan, ya sea problemas de toxicomanía o de uso de drogas, de delincuencia, de ten-

tativas de suicidio o incluso de trastornos de las conductas alimentarias.

El rol de paciente designado puede desplazarse de uno a otro miembro permitiendo así la modificación del sistema sin que nada cambie. La función del síntoma es entonces la misma para el grupo familiar, manteniendo la homeostasis del sistema en momentos diferentes y por medios diferentes. Subrayaremos entonces, y ya es clásico, que la agravación del estado de uno se corresponderá con la mejoría de otro.

De ese modo, en la familia T, con tres hijos entre 20 y 26 años, cuando la anorexia mental de Martina mejore, Thierry comenzará a deprimirse y hará varias tentativas de suicidio. Desde hace un año va mejor y Caterina consume un gramo diario de heroína.

4. Los mitos familiares

Al hablar de mito, retomaremos aquí el concepto elaborado por A. S. FERREIRA (5), J. BYING-HALL (6): el mito es un discurso unitario que asigna a cada uno de los miembros de la familia roles rígidos, definición que es mutuamente aceptada. Todo cuestionario del mito es vivido como amenazante para el equilibrio familiar. Los mitos familiares pueden ser comprendidos como equivalentes a nivel sistémico de los mecanismos de defensa individuales. Son, por supuesto numerosos y diferentes, específicos de cada familia. Una vez descubiertos, su utilización por los terapeutas no podrá ser eficiente más que situada en esa especificidad. No obstante, algunos de entre ellos predominan en frecuencia.

a) El mito de la buena entente familiar

Las familias intentarán descubrir su equilibrio como idílico ante la revelación de la falla que representa la conducta del toxicómano. Se trata de un mito banal, presente igualmente en numerosas familias de esquizofrénicos o de anoréxicas. Aquí, la familia fácilmente tendrá la tendencia a hacer recaer la responsabilidad de la patología, en el «exterior», relación con «malas compañías», o bien los educadores o los

profesores, los grandes traficantes y los responsables políticos de la nación.

b) El mito de la locura en la familia

La locura ronda a la familia siendo responsable de la fragilidad de otro miembro de la familia a quién el toxicómano vendrá a relevar. Aquí tampoco resulta un mito específico de las familias de toxicómanos. Así, durante una hepatitis viral M.T. comprende que su hijo se drogaba. M.T., médico, ha decidido no decir nada a su mujer a quien define como depresiva por miedo a provocarle una descompensación o incluso un suicidio, «*precisamente ahora que desde hace varios meses ella va mejor*».

c) El mito de la marginalidad

Este mito se encuentra a menudo en la familia. Esta se encuentra fascinada por la desviación. Bien entendido, la noción de desviación ha evolucionado según las generaciones y conviene adaptarla a las normas morales de la época que les concierne.

Podemos descubrir en esas familias la confusión de sentimientos que conciernen al joven. En efecto, se mezclan la condena de su elección, con una especie de respeto en nombre de la libertad.

Así M.I. nos explica que su hija de 17 años tenía el derecho de elegir morir y que se debía respetar su libertad. El mismo, en los '60, un día se marchó a la India con un velomotor y no lo comunicó a sus padres hasta cuatro meses después de su fuga al llegar a Afganistán. Actualmente es director de una sociedad inmobiliaria y considera la estabilidad de su situación como un fracaso, no pudiendo evitar, nos dice, asumir riesgos considerables a nivel financiero.

El estudio de este mito en una sesión «*aquí y ahora*» y a nivel transgeneracional permite descubrir el rol que ha sido delegado al paciente y por tanto poder encuadrar su síntoma a nivel familiar, dando así una nueva definición a una conducta que parecía aislada.

d) Mito de expiación

Este mito, así como los de perdón de la salud han sido descritos por H. STIERLIN (7) y se encuentran en la historia de numerosas familias de toxicómanos. El joven asume la culpabilidad de la familia además de la propia, H. STIERLIN habla entonces del «culpable consentido», especie de chivo emisario en el sentido mítico de esta expresión. Sería así propulsado al frente de la escena, cargado con todos los pecados y todas las iniquidades, después soltado en el desierto llevando consigo sus pertenencias. Pero, incluso solo en su desierto, el chivo permanece a la vista de todos y todo gira alrededor de él. Cuando vuelva sobre sus pasos el equilibrio se romperá.

5) La toxicomanía como conducta sacrificial

Al igual que la delincuencia, la conducta del toxicómano tiene la particularidad de poder ser abordada a varios niveles; individual, familiar y también global. La vida en un grupo en más o menos formal es parte integrante de la visión del problema planteado. Desde un punto de vista sociológico se ha constatado que nuestras sociedades consideran todo ritual como más o menos marginal o bizarro, suprimiendo las diferenciaciones. Así, se puede considerar la toxicomanía como una conducta sacrificial en el sentido en que los jóvenes, en tanto que grupo, serían designados como víctimas expiatorias para que se reestablezca contra ellos la unanimidad social. Se trata al mismo tiempo de la posibilidad para ciertos jóvenes surgidos de familias mal integradas socialmente (familias de emigrados, por ejemplo) de permitir a sus padres una mejor integración ya que así puede unirse al grupo de las víctimas de la desgracia. (Este análisis ha sido desarrollado por M. ELKAIM (8) para los delincuentes procedentes de familias inmigradas).

A nivel familiar, el adolescente hace propios parte de la violencia y sufrimiento familiares: las dificultades de la pareja, la mala integración de los padres, los delitos de un hermano se borran en provecho de

una sola víctima culpable: el toxicómano. Cuando estos mecanismos son prevalentes, conducen al rechazo del paciente designado y, caso de que llegara a morir, a la denegación de esta muerte, pudiendo entrañar la repetición en la fratría del mismo proceso.

Así, los padres de Ibrahim vienen a consultar por la toxicomanía de éste. El padre está en paro, un hermano en prisión, una hermana ha abandonado el hogar. Tres semanas antes un hermano de Ibrahim falleció por una sobredosis. Su familia nos comunica que han fundado un grupo de padres a nivel local para luchar contra la toxicomanía y que el padre se ocupa enormemente, encontrando allí un lugar de integración y un medio de salir de la depresión que entrañaba el paro. Varias tentativas terapéuticas se habían intentado sin resultados tanto para Ibrahim como para su hermano mayor, sin que hasta el presente se hayan estudiado las interacciones familiares y sean cuestionados sus funcionamientos.

6) Las transgresiones y el trabajo transgeneracional

El abordaje transgeneracional de las familias ha permitido poner en evidencia la multiplicidad de las transgresiones repetitivas de una generación a otra, lo que ya abordamos al tratar acerca del mito de la marginalidad.

Podemos decir que, para algunas familias, la transgresión representa un modo privilegiado de funcionamiento recurrente.

Las transgresiones transgeneracionales se sitúan a dos niveles:

- En relación a la ley, a la justicia: delincuencia, psicopatía.

- En relación a la moral, testimoniando a veces comportamientos perversos. Este punto se relaciona a nivel fantasmático, con la transgresión del incesto.

Estos acontecimientos eran a menudo mantenidos en secreto por la familia, y por supuesto no será su divulgación en las sesiones lo que constituya el eje principal del trabajo terapéutico, sino la función que

convendrá dar al síntoma toxicomanía en esta familia concreta, en este momento preciso, habida cuenta de las reglas familiares y de los mitos familiares descubiertos.

Estas observaciones clínicas validan las hipótesis formuladas que señalan la ausencia de una ley exterior en los antecedentes del toxicómano y la búsqueda de ella en sus actuales vivencias.

Los ejemplos podrían ser abundantes. Así, en relación a la ley y la justicia señalamos la historia de la familia O: la hija Françoise, de 18 años, guarda desde hace meses en la bodega familiar distintos objetos que no pasan más que algunos días en aquel lugar. La madre dice que probablemente los vende para conseguir dinero. El padre es anticuario; en cuanto al hermano, abogado, explica que se trata de una ocultación de objetos robados y que algunos tienen un cierto valor. El padre explica a continuación que él mismo hizo cosas similares algunas veces cuando no era más que un revendedor que encubría a su propio hermano quien había efectuado veinte años atrás algunos desvalijamientos. Este tío resultará ser el padrino de Françoise.

Citemos igualmente dos ejemplos de transgresiones parentales en relación con las normas morales: la familia de Karin. Su abuela paterna tuvo un hijo con su propio cuñado. Es decir, que el abuelo paterno era en realidad el tío paterno. El padre de Karin se casó e inmediatamente conoció a la que sería la madre de Karin, marchando a vivir con estas dos mujeres durante algún tiempo. En el momento en que toma la decisión de vivir con la segunda, ésta lo abandona marchándose con su mejor amigo. Un poco más tarde, la madre de Karin (quién no había nacido aún) se separa del amigo y regresa con M.G. En el momento del nacimiento de Karin, los padres adoptaron a la sobrina de la madre de Karin de unos diez años. Un poco más tarde, M.G. tendrá relaciones con esta sobrina quien continuará viviendo con la familia. Actualmente vive con ella. Cuando Karin sea detenida por la policía y asignada a su residencia en régimen de arresto domiciliario, su padre la gratificará inmediatamente con

un fin de semana juntos al extranjero, a pesar de la prohibición de las autoridades. Cuando sea inculpada el padre alentará el proyecto de dejarlo todo para partir con ella a un país lejano.

Cuando la familia L consulta con su hijo Laurent, heroinómano desde hace 3 años, vienen tres familiares. Conoceremos entonces que Lauren, el menor de sus cuatro hermanos, es de hecho el hijo de Marcel, su tío y que esta pareja funciona desde hace 20 años. Laurent no ha sabido la verdad sobre sus orígenes hasta hace cuatro años y sus hermanos y hermanas lo ignoran todavía. Conoceremos también que las familias del sr. y la sra. L se conocen desde hace seis generaciones deseando desde entonces una unión; Marcel era de una localidad vecina y había sido criado por su tío, un cura secularizado. Este tío cuando Marcel tenía 17 años fue internado en un hospital psiquiátrico debiendo Marcel abandonar la región, en el momento en que el sr. y la sra. L se prometían. El sr. L también había sido criado por su tío, pero éste poco antes de la boda fue encarcelado por estafa, lo que motivó que los dos novios abandonaran también la región.

Se puede así obtener la impresión de que el toxicómano hace propios los fantasmas o acoge los secretos familiares, bajo la influencia de la fascinación familiar por la desviación y la marginalidad.

Además, podemos señalar que ante estas conductas, las fronteras generacionales se desploman.

7) Los equivalentes del incesto

Representan la situación extrema creada, por un lado por el hundimiento de las barreras transgeneracionales y por otra parte por las transgresiones descubiertas en la anamnesis familiar. Recordemos, de entrada algunas nociones sobre el simbolismo sexual a nivel individual de la inyección de heroína. Se trata evidentemente de un acto autoerótico que entraña la regresión a un placer parcial. Entre el sujeto y el producto se anuda una relación pasional en el sentido de que «*el objeto se convierte pa-*

ra el Yo en fuente exclusiva de todo placer y ha sido por él desplazado en el registro de las necesidades» (P. AULAGNIER) (9). El componente sexual no sólo existe por la vivencia corporal del sujeto en el momento de acción del producto, sino por la existencia de un lugar para el sufrimiento, el de la falta: posibilidad de sufrir por el objeto amado.

H. TONELLIER (10) ha mostrado como las relaciones de pareja de los toxicómanos no eran muy frecuentemente sexuales y se asemejaban mucho más a relaciones de tipo fraternal.

Hemos podido señalar la facilidad con la que los padres de heroinómanos aceptan bajo su techo, si no en su familia, la llegada de un/a compañero/a igualmente toxicómano. Esta pseudoliberalidad tiene a menudo como consecuencia el mantener al joven en la familia y descalificar su sexualidad en un momento de desarrollo adolescente en que tendría necesidad de una individuación. Como hemos visto, esta aceptación de la pareja va a menudo unida a un discurso parental ambiguo sobre la marginalidad, la adolescencia.

Se puede, en esa perspectiva, comprender la toxicomanía como la evitación de un deseo incestuoso. En efecto, toda una serie de relaciones que podrían parecer incestuosas son, de hecho, desviadas por la droga del fin erótico.

A menudo, las desintoxicaciones se realizan a domicilio y en ocasiones ha ocurrido que algunas madres acepten en su cama a sus hijos, sufrientes, por la abstinencia. Así, también las desintoxicaciones permiten realizar viajes y desplazamientos, para poner al hijo al abrigo de las tentaciones. Viaje con la madre o con una tía para el hijo, o con el padre para una hija (ver a este respecto la bella realización de B. BERTOLUCCI en «La luna»).

Se comprenden de este modo las largas sesiones de exámenes corporales a los hijos para verificar la integridad de los brazos, de los huecos poplíteos, de la lengua, en busca de cualquier signo de pinchazo.

Señalemos además la frecuencia con que los padres «ayudan» a sus hijos «a desen-

gancharse» administrándoles ellos mismos las dosis de heroína. La madre inyectando a su hijo en perfectas condiciones de asepsia médica y de antisepsia edípica. Se comprende así entonces el discurso de los padres hablando del acto de picarse como de un acto sexual: «el lo ha hecho», «cuando están juntos lo hacen». Hablan de la heroína como cuando hablaban o no hablaban de la masturbación, como cuando hablan o no hablan de su sexualidad o la de otros.

8) La regulación espacial en las familias de heroinómanos.

Prosigamos con algunos anotaciones sobre la organización espacial en las familias de heroinómanos:

— El sistema implicado no corresponde siempre a la definición clásica de «los que viven bajo el mismo techo». Varios subsistemas pueden estar implicados: los tíos, la tías, primos, amigos, los suegros en caso de padres divorciados, etc.

— Las separaciones son imposibles, o más exactamente, incluso cuando ha partido, el paciente designado permanece unido por un fuerte vínculo que provoca a menudo su retorno. Pero el paciente designado no es el único, pensamos nosotros, a estar ligado a esta suerte.

En efecto, hemos podido notar la plasticidad del sistema familiar: uno marcha y vuelve, un conjunto llega y es integrado. Plasticidad que encontramos en las sesiones de terapia familiar donde frecuentemente, de una sesión a otra un miembro se marcha y aparece otro. Pero el sistema permanecerá, dando la impresión de un ser unicelular, tal como una ameba, cuya membrana, de una solidez impresionante, puede sin embargo deformarse con una flexibilidad extraordinaria sin inquietar la unidad del sistema. Parecería que la ameba estuviera en movimiento, buscando no perder tal o cual partícula de sí misma que se aleja.

De ahí, esta regla familiar que para algunos es un mito familiar: para que el equi-

librio se mantenga, es necesario que haya un «ausente» a recuperar, una especie de ausente-presente.

Así, en la familia R el padre que trabaja en unos astilleros internacionales no estará en París más que dos meses al año durante los primeros diez años de su matrimonio. Después él regresa y decide vivir con su mujer un nuevo reencuentro pues tenían la impresión de no conocerse. Con el fin de encontrarse más solos envían al primogénito a un internado. Después, en el momento en que los estudios le obliguen a regresar, el segundo seguirá el mismo camino. Cuando los del segundo provoquen su regreso comenzará un período de cuatro años durante los cuales el mayor se hace toxicómano. Se «desengancha» en el momento del servicio militar y a su regreso es el otro el que comienza a picarse. Al inicio de la terapia, siempre habrá, durante las sesiones, un miembro de la familia de pie o muy separado del grupo formado por los otros tres.

Nuestra hipótesis es que, en estas familias, existe el mito de la necesidad de un ausente-presente para que la homeostasis del sistema pueda mantenerse. La cohesión existe alrededor de la espera y del deseo de retorno o de partida. Así podría, encontrarse justificada la elección del síntoma: la intoxicación permite en efecto respetar esta regla puesto que «al picarse» el joven está «en otra parte», manteniendo así la cohesión de la familia.

Una problemática similar se encuentra a menudo en la historia de la familia, sobre todo en las que han efectuado migraciones y para las que existen problemas de aculturación (11).

Así, en la familia K, el padre al ser camionero raramente estaba en casa. Tras ser víctima de varias crisis cardíacas, fue trasladado a un empleo administrativo. Su hija mayor se hizo en ese momento toxicómana. Conoceremos entonces que el sr. K es de origen lituano, que dejó a su familia poco antes de la guerra y contra el parecer de sus familiares, siendo así el primero en abandonar voluntariamente su pueblo. Su madre moriría tres meses más tarde. Del

mismo modo la sra. K fue también la primera en abandonar su pueblo en Bretaña. En las dos familias, encontramos el peso de la espera del retorno de los ausentes: soldados partidos a Rusia en la familia paterna, marinos embarcados en alta mar, en la materna. Se trataba de ausentes-presentes hacia los cuales se esperaba el retorno cotidianamente con angustia. Igualmente los padres esperan que su hijo «colgado» con la heroína vuelva a «pisar la tierra».

El conjunto de esta hipótesis puede ser verificado en las sesiones gracias al discurso analógico de la familia, a las sinergias de posición, a la disposición de los diferentes miembros del sistema en la habitación, incluso utilizando el «sculpting» dramático y, todo esto, paralelamente al trabajo de realizar la anamnesis.

BIBLIOGRAFIA

1. OLIEVENSTEIN, C. (1982). Evolution de la toxicomanie depuis 10 ans. En: *Drogue et Civilisation; Entretiens du Reuil (mars 1981)*, Pergamon Press France, París.
2. OLIEVENSTEIN, C. (1986). La infancia del toxicómano. En: *La vida del toxicómano*. Edit. Fundamentos. Madrid.
3. CHARLES NICOLAS, A.; VALLÉUR, M. (1986). Las conductas ordálicas. En: *La vida del toxicómano*. Ed. Fundamentos. Madrid.
4. STIERLIN, H. (1979). Le premier entretien familial. Delarge. Ed. París.
5. FERREIRA, A. S. Family myth and homeostasis. *Arch. Gen. Psych.*, 9, pp. 457-63.
6. BYING-HALL, J. (1973). Family myth used as a defense in conjoint family therapy. *Brit. J. Med. Psychol.*, 46.
7. STIERLIN, H. (1980). *Adolph Hitler: Etudes psychologiques*. P.U.F., «Perspectives critiques». París.
8. ELKAIM, M. (1979). Système familial et système social. En: *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de pratiques de Réseaux n.º 1*. Gamma Ed.

- Paris.
9. AULAGNIER, P. (1980). *Los destinos del placer*. Ed. Petrel. Barcelona.
 10. TONNELIER, H. (1978). Les couples de toxicomanes, Memoire C.E.S. de Psychiatrie.
 11. ELKAIM, M. (1980). Défamiliariser la thérapie familiale. De l'approche familiale à l'approche socio-politique. En: *Cahiers Critiques de Thérapie familiale et de pratiques Réseau*, n.° 2. Gamma Ed. Paris.