

La identificación proyectiva patológica en heroinómanos. Repercusiones en la relación terapéutica

Colás Sanjuán, J.

Centro Asistencial de Drogas de Santander. Psiquiatra, director técnico

1.º INTRODUCCION:

Las reflexiones que aquí apporto son fruto del contacto con pacientes heroinómanos, en distintos momentos de su tratamiento. Desde el primer contacto en la demanda, durante la desintoxicación física, su deshabitación y tratamiento psico-social posterior.

No son tratamientos reglados, entendidos desde una perspectiva clásica tanto psicoanalítica como psicoterapéutica. Sin embargo, mi acercamiento, mi escucha y mi forma de entenderles, es psicoanalítica.

Desde 1979 que empecé en la Cruz Roja de Madrid hasta la actualidad, aquí en Santander, tanto en el programa regional de drogas de la Cruz Roja de Cantabria, como en el Centro de S.M. Infanto-juvenil y de Toxicomanías del Ayuntamiento de Santander, he ido reflexionando sobre la experiencia cotidiana clínica que te deparan estos pacientes.

Pretendo mostrar un tipo de relación patológica, intentando a partir de ella relacionarla con otros fenómenos que rodean al heroinómano, prioritariamente en su relación con la familia y los profesionales sanitarios.

Me ha sido muy útil todo el desarrollo que Leon Grinberg hace de la identificación proyectiva (1), es por ello que me servirá de guía.

2.º LA MUERTE

Esta realidad y el sentimiento que va unido a la muerte, te acompaña desde el inicio en el contacto con el heroinómano. Es una realidad presente en:

a) Medicamente: pacientes con grave patología médica relacionados fundamentalmente por:

- Vía administración intravenosa (SIDA, hepatitis sérica,...).
- Malas condiciones higiénico-sanitarias de vida.

— La droga, con riesgo de sobredosis o de los adulterantes.

b) Socialmente: la muerte está en la calle, te lo recuerda la prensa y los medios de comunicación audiovisual. Es un tema cotidiano de conversación las actividades delictivas, con el riesgo que las rodea (muerte de la víctima-robada, o muerte del paciente-delincuente). Está presente la muerte en la actividad del paciente-camello (pequeño traficante), que con su actividad, inevitablemente, tiene que inducir a otros para mantener él su consumo.

c) Psíquicamente: La muerte está presente de diversas formas, desde el paciente que se mata para proteger a su familia del sufrimiento (como un paciente que tuvo en tratamiento cerca de tres años, que pudo rehacer su vida, sacar por oposición plaza de programador informático, independizarse de sus padres,

Correspondencia:

Jesús Colás Sanjuán. Centro de Salud Mental Inf. Juv. y Toxicom. Cisneros, 2-2.º. 39003 Santander.

mantener a su mujer e hijo,... Estar abstinentes más de 4 años y volver a engancharse, se suicidó por una sobredosis).

La muerte como vivencia de desolación y destrucción interna (recuerdo un paciente que no se soportaba a sí mismo, no podía tolerar verse como una ciudad totalmente destruida por un bombardeo y tener que rehacerla. Necesitó irse a una comunidad terapéutica). Sentimiento que habitualmente no pueden expresarlo verbalmente, creyendo que está detrás de muchos suicidios (camuflados como accidentes por sobredosis) (2).

Otras veces lo detectas como muerte mental, el pánico en la angustia psicótica, que puede requerir ingreso psiquiátrico (3).

Son sentimientos de intensa culpa melancólica por el daño que se hacen a sí mismos (físicamente, socialmente, capacidades personales y mentales,...), que hacen a otros (familia, hijos, padres, amigos, sociedad,...). Se refieren a realidades insoportables para reconocerlas. Que necesitan proyectarlas fuera, tomando un tinte persecutorio la sociedad que les rodea. Frecuentemente reforzado por un «clima» familiar y social de considerarlo como culpable de todo.

3.º EL «MONO»

En su argot, corresponde al síndrome de abstinencia físico. También supone,

mentalmente, tener que hacerse cargo de todas esas vivencias, realidades y sentimientos insoportables que hasta ahora podía sobrellevarlas con la «ayuda» de la heroína (8).

Es en este momento, con frecuencia, cuando el heroínómano utiliza la identificación proyectiva (4). Buscando que el terapeuta se sienta muy angustiado (creyendo que realmente el paciente se va a morir o algo muy grave puede ocurrirle), o muy culpable de los males que él puede hacer en la calle (cuando salga de aquí, daré un «palo» a la primera vieja que vea). De forma sutil puede hacerte sentir mal profesional, que no sabes, no sirves, que eres un inútil.

Como dice Grinberg (1), los contenidos de la identificación proyectiva, pueden ser desde sentimientos, afectos, etc., hasta aspectos de su personalidad (yo, ideal del yo, superyo).

4.º LA IDENTIFICACION PROYECTIVA PATOLOGICA. SUS CONSECUENCIAS

Tiene una finalidad manipuladora, de control y de utilización del terapeuta, o del otro como objeto, para ser usado como instrumento a su servicio para calmar sus demandas insaciables y que no puede soportar.

Si consigue su objetivo, el objeto (el otro) actuará a instancias de la presión manipuladora del paciente. Desde decidir se le ingrese

de forma urgente, se le dé medicación o determinada medicación reclamada por él. A través de un familiar o amigo conseguirá el «medicamento» de un médico o farmacia. Alguno le dará dinero para comprar la droga o incluso le acompañará en esta tarea.

Esta tendencia a la acción, así como la inducción a la misma, es propia de la psicopatía. Como dice Grinberg (1): «Es entonces cuando el yo del psicópata, para liberarse de esta tensión insoportable, recurre desesperadamente a la utilización de violentas identificaciones proyectivas, que irrumpen en el objeto externo haciéndolo actuar» (1) (pág. 81).

Es una realidad clínica observar esta relación manipuladora y de sometimiento, bien sea con algún familiar (habitualmente la madre), pareja, amigo/a. Pudiéndose llegar a un severo deterioro del objeto externo sometido (madres que se prostituyen o trafican para darle dinero a su hijo. Familias arruinadas económicamente o desestructuradas. Pareja que se engancha en la droga,...). Existe una relación tiránica, en la que el paciente representa un superyo todopoderoso, proyectando un aspecto del yo sometido en el otro, con el resultado de trasladar su problema al otro.

Para los profesionales médicos, formados básicamente en la «idea medica-

mentosa» (el medicamento es el que cura y lo calma todo, potenciado por una cultura social consumista del fármaco), es difícil resistirse a estas proyecciones manipuladoras del paciente, induciéndote que hagas o le des algo (similar a «su droga»), porque coincide con su ideal profesional (ideal del yo profesional).

Aquí nos encontramos con un elemento similar observable en las familias que tienen la creencia que «son buenas madres si ayudan en todo momento al hijo, le atienden, le evitan el sufrimiento, ... estando dispuestas a sacrificarse por él. Como un ideal de madre que tiene que darlo todo por su hijo, si no son malas madres».

El objeto externo, el otro, víctima de este manejo, en el fondo es tratado como un objeto, con desprecio a su persona e intereses, sometido a sus deseos y a su total servicio, siendo abandonado y cambiado por otro cuando no cumple o hace lo esperado por el paciente.

A partir de estas observaciones, creo que se puede hacer una deducción de una relación intrapsíquica, de un yo cercano a la realidad sometido y esclavizado a unas demandas muy primitivas que actúa como un superyo tiránico, que desde mi perspectiva corresponde a una parte psicótica de su personalidad (5), progresivamente este yo más cercano a la realidad (corresponde a la parte neurótica de la

personalidad) se va deteriorando, perdiendo poco a poco sus adquisiciones, realidad clínica siempre presente, debilitándose más y más.

Estoy de acuerdo con Grinberg (1) (pág. 82) en la idea de la eficacia manipuladora de la identificación proyectiva patológica modalidad psicopática, no depende sólo de la reactivación en los otros de psicopatías latentes, sino de la calidad, intensidad de lo proyectado, que en el caso del heroinómano tiene que ver con la muerte, como expuse al principio.

5.º REFLEXIONES TECNICAS

Creo que todo abordaje terapéutico debe contemplar esta realidad clínica, el uso de la identificación proyectiva patológica psicopática, que abarca desde el quehacer del propio terapeuta con el equipo, las relaciones externas del paciente (familia, amigos) y sus relaciones con otros profesionales (sanitarios, sociales, ...). El elevado índice de fracasos terapéuticos, creo que tiene que ver con la dificultad de llevar a la práctica esta idea.

Profundizar en estas pautas relacionales, nos permitirá entender algo más del paciente heroinómano, tener más conocimientos que nos ayude, como dice Bion, a tener mayor capacidad receptora, función alfa (5), evitando caer o poder salir de la manipulación

actuadora. Dándole la oportunidad al paciente de empezar a tener y establecer relaciones más sanas.

En mi experiencia resulta difícil, como profesional, mantener una capacidad de contención, que te permita entender lo que está pasando, y lo que sufre el paciente, así como tolerar uno lo que frecuentemente no se entiende del heroinómano. Poder pensar sobre ello y compartirlo con el equipo es el mejor camino (5, 6, 7).

La carga emocional que rodea al paciente, la idea de la muerte, su muerte, el daño que se hace y hace a otros. Sumado a presiones institucionales (movilizadas por una realidad social en contacto con la idea de la muerte igualmente), hacen difícil mantener una integridad profesional y no caer víctima de estos mecanismos patológicos de identificación proyectiva.

BIBLIOGRAFIA

- (1) GRINBERG, L. (1978). *Teoría de la identificación*. Buenos Aires, 2.ª edic., Paidós.
- (2) KALINA, E.; KOVADLOFF, S. «La droga: Máscara del miedo». Caracas, Monte Avila.
- (3) ROSENFELD, D. (1976). *Clínica psicoanalítica: estudios sobre drogadicción, psicosis y narcisismo*. Buenos Aires. Galerna 1.ª edic.

- (4) KLEIN, M. *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras completas, vol. III. Buenos Aires. Paidós-Horme.
- (5) BION, W.R. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Horme, 2.ª edic.
- (6) GRINBERG, L.; SOR, D.; TABAK DE BIANCHEDI, E. (1976). *Introducción a las ideas de Bion*. Buenos Aires. Nueva Visión, 2.ª edic.
- (7) WINNICOTT, D.W. (1975). *el proceso de maduración en el niño, estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona. Laia, 1.ª edic.
- (8) OLIVENSTEIN, CL. (1986). «La vida del toxicómano». Madrid. Fundamentos.