

ANDRÉS M. JOISON

DE LA ADICCIÓN A LA AUTONOMÍA

DISPOSITIVO TERAPÉUTICO *EN TRAVESÍA*
PARA EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

Icaria ✦ Milenrama

ÍNDICE

Agradecimientos 9

Prólogo, *Mario Miguel Puentes* 11

Introducción 15

PRIMERA PARTE DISPOSITIVO *EN TRAVESÍA*

- I. Adicción, dependencia y autonomía 23
 - La adicción y la dependencia 23
 - Dependencia y vínculos tempranos 26
 - El falso *self* en las adicciones 26
 - El abuso estructurante fundacional de la dependencia 31
 - Dependencia y codependencia: autosuficiencia, dependencia y autonomía 34

- II. La construcción de un adicto 41
 - El vacío en el sistema educativo y el vacío en las adicciones 41
 - El vacío y las adicciones en la sociedad de consumo 46
 - Narcisismo, proyección y dependencia 50
 - La narcotización del amor y las «relaciones maqueta» 58
 - Sacrificio, renuncia y elección. La melancolía narcotizada en las adicciones 61

- III. El dispositivo terapéutico *en travesía* 69
 - Los marcos epistemológicos del dispositivo *en travesía* 71
 - Las fases del tratamiento 72
 - Los ejes del dispositivo terapéutico 91
 - Recursos terapéuticos del dispositivo *en travesía* 117

SEGUNDA PARTE
PSICOSOMÁTICA Y DEPENDENCIA

- IV. El funcionamiento neurofisiológico en las adicciones 125
El funcionamiento psiconeuroinmunológico en la clínica de las adicciones 125
Lo sináptico-emocional y lo sináptico-afectivo en el funcionamiento adictivo 128
Adicción y territorio 134
El funcionamiento de los ritmos en la clínica de las adicciones 152
- V. La patología de la dependencia emocional 177
Dependencia constitutiva y dependencia patológica 177
El hechizo en la dependencia emocional 180
Dependencia emocional y patología psicosomática 181
- VI. El proceso de deconstrucción y reconstrucción de la identidad en las adicciones 209
Abusos sexuales y abusos de drogas en un caso de adicción a la cocaína 210
La disfunción eréctil en un paciente toxicómano 232
- VII. El despertar creativo en las adicciones 273
La identidad y la creatividad en la clínica de las adicciones 273
La hegemonía del objeto único en las adicciones 275
Abordaje de un caso clínico de adicción al trabajo. La esclavitud de Raúl 276
La plasticidad neuronal y la dependencia matriz en las adicciones 295
El alcohol y el tabaco en un caso de múltiples adicciones familiares 297
- Conclusión 313
- Bibliografía consultada 315
- Anexo en color de las imágenes de los talleres, entre 160-161

AGRADECIMIENTOS

A Héctor Fiorini y a Mario Puentes, quienes me han transmitido su compromiso con la Clínica. A mis dos maestros: Sami-Ali, por su contribución en mi desarrollo en el ámbito de la psicósomática, y Susana Rotbard, por forjar en mi interior la dedicación y el amor en el arte de curar y por su aportación de la Terapéutica de la Imagenación Material y Dinámica (T.I.M.D.) a mi labor terapéutica. A Ángela, por su confianza, cariño y dedicación. A los miembros fundadores de la A.H.A.P.S.A. (Asociación Hispanoamericana de Psicósomática), Paco, María Luisa, Guido y Susana, por los años de trabajo juntos en el ámbito de la psicósomática. A Núria y a mis amigos Luis María Béjar del Prado y María Isabel Ganaza por sus aportes en la revisión. A mis pacientes, que me enseñan cada día a ser mejor profesional y que tan generosamente han colaborado en este libro transmitiendo su propia experiencia de curación.

PRÓLOGO

Mario Miguel Puentes*

En 1987 fundamos el Equipo de Toxicomanía en el Centro de Salud Mental «Arturo Ameghino», dependiente del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, el más grande de Argentina, pues es una institución monovalente de aproximadamente cuatrocientos profesionales dedicados en exclusiva a la atención de pacientes con males psicológicos. Es sabido que una de las patologías más comunes de los argentinos es «ser psicólogos».

En 1999 llegaba al Centro un profesional con mirada y actitud algo más inquietas que las del resto de sus compañeros.

Más allá de la revolucionaria genialidad de Freud, en esta institución el psicoanálisis, más que una ciencia, se convertía en una creencia. Así deambulaban sus sacerdotes con los «Escritos de Lacan» bajo el brazo como culto y con lenguaje propio. No era casual, ya que la gran mayoría de los jóvenes profesionales estaban graduados en la Universidad Nacional de Buenos Aires, donde existía un monopolio psicoanalítico, lo cual por suerte se fue abriendo.

Sin rechazar la hermenéutica psicoanalítica pero buscando un sinfín de recursos teóricos y prácticos posibles nos encontrábamos otro grupo de profesionales, con un discurso más humanista,

* Mario Miguel Puentes, psicólogo y politólogo (Licenciado en Ciencias Políticas), es profesor de la Universidad de Buenos Aires; jefe de Toxicomanías del Centro de Salud Mental n° 3 «Dr. Arturo Ameghino»; coordinador del programa de lucha contra el narcotráfico del gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

abiertos a visiones sistémicas y cognitivas, pero fundamentalmente impactados por haber realizado en el año 1992, en el CEIS de Roma (Italia) el Proyecto UOMO, una formación vivencial que nos evidenció teórica y empíricamente una infinidad de recursos para el trabajo con drogodependientes, más allá del cara a cara, de la llamada terapia individual.

Tras el paso de los años, y habiendo conocido y creado una Comunidad Terapéutica Profesionalizada —hoy Programa CETRA (Centro para el Tratamiento de las Adicciones)— dependiente de la Fundación para el Desarrollo Humano, podemos concluir que había dos ideologías en pugna, de las cuales no se hablaba o discutía: ambas se limitaban a criticarse mutuamente de manera emocional, tema que sigue actualmente en conflicto.

Las respectivas consideraciones de la drogodependencia implicaban estrategias de tratamiento muy diferentes. Sintéticamente las mencionaré.

Por un lado, quienes conciben la drogodependencia como un *síntoma* relativizan la importancia del «acto» de drogarse (recaída), interpretándolo como un mero síntoma psicopatológico más. No trabajan la abstinencia, pues consideran que desaparecerá el consumo durante el camino de la cura.

Por otro lado, quienes la consideran como una *estructura* de etiología inmodificable, afirman que «la drogadicción es una enfermedad que no se cura». Se puede recuperar al paciente del consumo, pero siempre será «estructuralmente» un adicto. Aquí ubicamos los grupos de autoayuda (AA – NA), pero también los tratamientos de tolerancia cero a la recaída. Esta manifiesta el fracaso asistencial.

Sintomatologistas y estructuralistas definen dos ideologías de trabajo, que se critican mutuamente.

Los primeros, también llamados «psicologistas», acusan a los grupos de autoayuda de cambiar la dependencia de la droga al grupo. También a las «granjas» (comunidades terapéuticas) de querer curar con pedagogía o con la aplicación de métodos conductistas que no modifican la profundidad del «sujeto del inconsciente». El paciente puede seguir drogándose, mientras el síntoma no le sea egodistónico. Su método fundamental es la terapia individual (análisis). Son espiritualmente agnósticos y se posicionan a favor de la despenalización.

Los segundos, básicamente «ex adictos», plantean que el problema es la droga. Sostienen que solo quien pasó por la dura experiencia de la droga y la de la rehabilitación, más dura aún, puede comprender y ayudar a otro adicto. Acusan a los psicólogos de ser revolvedores del pasado e inoperantes. Plantean que se sale de la droga con voluntad y sacrificio compartido con pares. Contemplan la existencia de un Ser Superior. La mayoría no estudian teoría: no la necesitan.

Retomando el hilo, a este mundo llega el Lic. Joison en medio de una disputa científica, la cual transita durante algunos años hasta que decide irse a España. Deja el Centro, muy reconocido por sus colegas y querido por los pacientes.

Pasó el tiempo y supe de su meritorio crecimiento profesional en Sevilla, hasta que con motivo de la presentación de un libro en Italia, lo visité en esta ciudad y pude constatar su obra.

Creo que este libro es fruto de la inspiración del mismo «buscador» que en 1999 llegó al Hospital. Desde su gran compromiso personal con sus pacientes supo articular recursos cognitivos, pedagógicos, propios de los estructuralistas, con una mirada humanística, con sesgos psicoanalíticos que dan la profundidad propia de los sintomatologistas, quienes llegan a trabajar en forma minuciosa la singularización. Todo esto apoyándose en fundamentos psiconeuroinmunológicos de la clínica de las adicciones, crea *Travestía* con una metodología original para esta patología. Articula las variables culturales, educacionales y políticas, creo que con la influencia de su impronta argentina, creando un libro digno de recorrer, con la misma pasión que entre sus líneas muestra el autor.

INTRODUCCIÓN

En tierra, la primera impresión que se experimenta es la del silencio.

Antes de que uno se dé cuenta de nada está sumergido en un gran silencio.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

La adicción es signo de dependencia y de esclavitud; pero lo que diferencia a un adicto de un dependiente es que el adicto es esclavo y no sabe que lo es, mientras que el dependiente ya ha tomado conciencia de sus ataduras y lucha por liberarse. Es por ello que en el dispositivo terapéutico es preciso denominar «adictos» a los pacientes que dependen de algún tipo de droga (tabaco, alcohol, sustancia), vínculo (pareja, amistad, hijos, etc.) u objeto (trabajo, hobby, internet, juego, etc.), y por otra parte, distinguirlos de los que denominaremos dependientes, debido a que son adictos en proceso de curación. La dependencia implica «un modo de relación» adictivo-patológico con la sustancia. Esta sustancia involucra cualquier droga, objeto o vínculo con el cual se entabla un modo de relación adictivo-adictógeno.

No solo en las adicciones de carácter químico (con sustancia) se altera la estructura neuro-vincular. También en la dependencia emocional podemos observar una modificación en las conexiones sinápticas del circuito del placer. Este fenómeno se produce ante la presencia de «un vínculo único» que programa de manera artificial la vida psicobiológica del dependiente. Tanto en el adicto como en el dependiente emocional se activan sin intervención voluntaria el circuito de placer-displacer en función de la presencia o ausencia del objeto adictivo. La liberación de dopamina en determinadas zonas del cerebro: núcleo accumbens, corteza pre frontal y la amígdala genera recuerdos que son experimentados de manera placentera. El hipocampo participa en la formación de estos recuerdos que se

organizan a modo de mapa cuyos circuitos se activan de manera automática y repetitiva. La ausencia prolongada de la sustancia o vínculo adictivo puede producir una inhibición permanente del circuito del placer, anestesiar el sujeto y bloquear su capacidad de sentir a través de otras experiencias placenteras diferentes. Si esta alteración perdura puede incluso tener implicaciones psicosomáticas modificando el sistema inmunológico-vincular del sujeto y llevarle incluso a enfermar.

El abordaje terapéutico de una adicción comienza con la difícil tarea de atravesar la barrera neuro-química del consumo de «la sustancia» a partir de la de-construcción de la identidad artificial del consumidor. Para ello debe realizarse una auténtica desprogramación biológico-vincular y disolver así «la falsa identidad», programada y sostenida por la droga. De este modo el dependiente podrá atravesar el paradigma de la dependencia para construir una identidad propia y genuina, pasando por diferentes fases: toma de conciencia de la enfermedad y construcción del vínculo terapéutico, negación e idealización, momento de caída libre, descubrimiento de sentimientos y emociones y construcción y reconstrucción de su identidad a partir de recursos propios y de nuevos hallazgos.

El pasaje de la dependencia a la autonomía requiere sortear diversos obstáculos y para ello el paciente cuenta con un espacio individual y otro familiar.

En el espacio individual se desarrolla el potencial creativo elaborando contenidos de los sueños y de producciones creativas que él mismo realiza. Para ello en el trabajo individual del proceso en travesía se incluye la terapéutica de la imaginación material y dinámica (T.I.M.D.).

El abordaje terapéutico grupal es *con* la familia y *en* la familia dado que:

- 1) Durante las sesiones familiares el paciente dependiente está siempre presente.
- 2) El paciente no es considerado el «problema» sino el emergente de una trama profunda y compleja que le desborda.
- 3) El trabajo terapéutico *en la familia* posibilita un cambio en la estructura del sistema familiar. Por un lado el paciente modifica el modo de relación dependiente al hacerse responsable de su

propia vida. Por otro lado la familia también transforma la modalidad tóxica de ocultar los conflictos considerando al adicto como única causa de los mismos.

- 4) La familia se incluye como parte responsable de la adicción y como recurso terapéutico en la curación.

El abordaje familiar ayuda al paciente a salir de una posición inconsciente de *esclavitud y sacrificio*, posición instaurada en el sistema familiar. El sujeto tiene así una segunda oportunidad para repositionarse de un modo diferente prescindiendo del vínculo patológico con aquella sustancia, vínculo u objeto adictivo. Una vez superado el modo de relación patológico, constituido desde la temprana infancia y actualizado continuamente en el consumo, la liberación desemboca en un *renacimiento*.

En la patología de las adicciones la dinámica abusador-abusado opera de un modo inconsciente ante la falta de autoridad de un padre autoritario o ausente. Generalmente el vínculo es con una madre que, de forma no consciente, ha llenado su vacío de identidad con la figura de su hijo/a, haciendo de este una prolongación de sí misma. Una de las consecuencias más importantes que provienen de esta forma relacional es que el adicto abusa de la droga, vínculo u objeto del que depende *consumiéndose* de la misma manera en que fue *consumido*.

El adicto no pudo elegir cuando era niño/a, pues se vio envuelto en una relación en la que la madre tuvo el poder de otorgarle o restarle autonomía.

Si la madre llena su propio vacío de existencia (profesional, de pareja, tiempo libre, hobbies, etc.) con su hijo/a, abusando emocionalmente de él/ella, dificultará el proceso de separación-individuación, necesario para la construcción de la identidad.

Podemos equiparar el tipo de relación que el sujeto establece con la droga con el síndrome de Estocolmo, en el que el secuestrado entabla con el secuestrador un vínculo peculiar que incluye simultáneamente amor y odio. El poder del secuestrador conlleva que el secuestrado le necesite para la supervivencia, y esta necesidad le conduce a una relación de sometimiento. El secuestrador se convierte en amo y el secuestrado en esclavo. Este último siente que no existe sin la presencia del amo que paradójicamente le encierra y le da seguridad.

En las adicciones el sujeto permanece confinado en el consumo, no crece y no se desarrolla, repitiendo activamente en su autodestrucción el vínculo de abuso. En este funcionamiento patológico-adictivo la violencia circula silenciosamente, actualizando el abuso afectivo de la relación materno-filial. Este abuso se ha instaurado en un momento en que el niño/a aún no se había diferenciado de su madre. Podemos observar cómo en las adicciones, al igual que en las enfermedades autoinmunes (patología psicósomática de autoagresión) el sujeto ataca de manera violenta una parte de sí mismo, al consumir aquello que le destruye.

Se establece así una conexión dependiente-codependiente en la que el poder centra los intercambios, constituyéndose la violencia como base patológica del funcionamiento vincular.

Algunos tratamientos de desintoxicación son iatrogénicos, en tanto reproducen la violencia y el abuso en el proceso de curación. La iatrogenia –enfermedad producida por el terapeuta por acción u omisión– puede incluso tener un efecto destructivo sobre el paciente.

Podemos equiparar la modalidad de intervención de algunos tratamientos con el modelo del panóptico del siglo XIX. Michel Foucault, en su libro *Vigilar y castigar*, plantea que el panóptico fue creado para el desarrollo de las cárceles. Se trata de una construcción en forma de anillo, con una torre en el centro de la que se abren anchas ventanas hacia la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Sostiene Foucault:

Basta con situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar [...]. Cada cual está bien encerrado en una celda en la que es visto de frente por el vigilante, pero los muros laterales le impiden entrar en contacto con sus compañeros, siendo esta la garantía del orden [...]. De ahí el efecto mayor del panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder.¹

1. Michel Foucault, *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI Editores, 1996.

Y, finalmente, el autor concluye: «El animal está reemplazado por el hombre». Lo que viene a indicar que el trato de encierro aplicado a los animales es tomado como modelo para excluir a «los desechos de la sociedad».

En la actualidad en algunos tratamientos se cae en el error de reproducir este sistema de control y aislamiento explicado por Foucault. ¿Por qué es un error? Cuando se trabaja con la familia y el paciente por separado, familia y terapeuta se alían involuntariamente dejando al paciente en el lugar de condenado, aislado y controlado. El adicto es arrojado nuevamente al consumo por falta de sostén, de contención y de comprensión de su sufrimiento. Ante el atolladero el paciente vuelve a recaer.

Los espacios terapéuticos se fragmentan en terapia individual, grupo de terapia de parejas, de adictos, de pacientes con problemas legales, etc. El paciente es tratado como «problema» (*molesta, perturba, destruye*) a erradicar, en lugar de ser considerado como persona que padece un problema. El tratamiento del adicto en varios ámbitos sin un espacio integrador impide la construcción e integración de su identidad. En consecuencia, cuando el paciente sale del sistema de control, se enfrenta otra vez a su vacío de identidad.

En otros tratamientos se utilizan ideales religiosos poco realistas que narcotizan de otro modo al paciente. En estas situaciones la adicción a las drogas se sustituye por otra dependencia, en este caso emocional, en la que el sujeto se siente protegido por esos ideales ficticios. En otras ocasiones la adicción al trabajo es la que sustituye a la droga, dejando sepultada la problemática de identidad subyacente.

Podemos observar también que el modelo de terapia individual funciona en muchos casos como un anestésico que, lejos de favorecer la individuación del sujeto, promueve otro consumo. El dependiente termina necesitando del terapeuta para continuar sobreviviendo del mismo modo que ocurría con la droga. Así el modo de relación «asimétrico» acentúa el profundo sentimiento de vacío y dependencia del paciente, quien es tratado *como si* el problema de adicción no existiera, suprimiendo la conciencia de «enfermedad adictiva».

La travesía terapéutica compromete el pasaje de la adicción (esclavitud) a una dependencia, transitoria y necesaria para la curación. El paciente se libera progresivamente de esta «dependencia funcional» mientras adquiere una mayor autonomía.

La complejidad de la patología adictiva requiere un dispositivo de abordaje como el de travesía, que trabaje sobre aspectos individuales, familiares, sociales, neurofisiológicos y emocionales.

La estructuración del espacio terapéutico constituye el primer cimiento del desarrollo del *espacio íntimo*, espacio libre de influencias adictivas-adictógenas.

Los efectos más profundos del tratamiento pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- 1) En lo que respecta a la psicósomática, el tratamiento se orienta a reforzar las fronteras psico-neuro-inmunológicas para dar paso a una profunda transformación psico-bio-social. Es así como la plasticidad neuronal permite la modificación de aquellos circuitos neuronales que programan y condicionan la vida del adicto. Esto facilita el tránsito de un funcionamiento sináptico-emocional programado a un funcionamiento sináptico-afectivo más profundo y autónomo.
- 2) La terapia en travesía actúa en la construcción y reconstrucción de la identidad, en la ampliación de la vida afectiva e imaginativa.
- 3) El contacto con los sentimientos y emociones, junto al fomento de la creatividad, orientan al paciente en el desarrollo de un proyecto de vida propio y singular.