

Acerca del tratamiento ambulatorio de las adicciones¹

Hugo Mayer²

Resumen

En este trabajo se propone considerar que los cuadros de drogadicción no son del mismo nivel que las neurosis, perversiones y psicosis, sino que pueden presentarse en cualquiera de ellas, encubriéndolas y uniformizándolas tras la fachada común de ser un adicto. De ahí que sea tan prioritario plantearse como primera meta terapéutica conseguir y sostener una abstinencia temprana, despojando al sujeto de su máscara adictiva y de la identidad de masa que ella le procura.

Se plantea que muchas psicoterapias individuales fracasan por abordar a la adicción como si fuera cualquier otro síntoma neurótico individual, cuando ella debería ser considerada más bien como un equivalente del mismo en el grupo familiar, manifestación de su disfuncionalidad.

El autor concluye reseñando diferentes abordajes terapéuticos para consumidores o adictos a las drogas, según las características de cada cuadro.

Introducción

Quienes trabajamos con adicciones tenemos oportunidad cotidiana de apreciar que ellas se presentan como expresión, y podría decirse también como correlato, de una disfuncionalidad familiar. Lo que se percibe de manera corriente, en las consultas por adicción, son familias disgregadas, sin demasiada cohesión ni figuras de autoridad respetadas, con un nivel de incomunicación y de hostilidad notable. En estos grupos familiares suelen abundar comportamientos de abandono, de sobreprotección o de intrusión materna con los hijos tanto como evidencias de una marcada ausencia o inoperancia del padre. Lo común suele ser el clima de ambigüedad —inversión— de los roles familiares (padre, madre e hijo), alianzas cómplices entre el hijo y uno de sus padres, secretos de familia,

desacreditación mutua entre los progenitores, modelos de dependencia patológica de alguno de ellos o de ambos, falta de límites apropiados en la educación infantil, etc. Éstos son algunos de los rasgos que más frecuentemente acompañan al fracaso de la familia en funciones esenciales (sostén, objetos de amor, modelos de identificación y agentes de socialización) para que los hijos puedan crecer en salud. Este déficit, como instancia mediatizadora de la cultura en el proceso de personalización del infante, como espacio que amortigua y promueve el procesamiento de las contradicciones sociales, hará sentir sus efectos en ciertos trastornos de la personalidad que predisponen a los adolescentes a consumir drogas, y a dejarse consumir por ellas.

Junto a la creciente esclavitud que impone el uso de sustancias, los adictos son prisioneros de otra doble servidumbre: una pulsional, por la que buscan una descarga inmediata de la tensión psíquica, y otra socio-cultural, que remite a la ilusión de la satisfacción en el consumo. Entre ellas pareciera no haber articulación ni lugar para las representaciones de un objeto de deseo; sólo un doloroso e insoportable vacío, saldo de las fallas parentales, que pretende ser anulado por medios químicos.

El fenómeno adictivo tiene raíces que trascienden el marco de la biología o la psicología individuales, emergiendo en las grietas de un contexto socio-cultural cada vez más globalizado y despersonalizado, fisurado por diversas crisis: demográfica, ecológica, económica, educativa, política, de seguridad, familiar, de las creencias y los ideales, para mencionar sólo algunas. En ese contexto crecen la exclusión social y el sufrimiento personal, junto a una vivencia de impotencia para superarlos, todo lo cual genera condiciones propicias para el incremento de la demanda de sustancias químicas, como «quitapenas», como una vía rápida para anestesiar el dolor, para anular el sentimiento de vacío y acceder a cierta cuota de fugaz distensión mental.

La patología que involucra la drogadicción, por lo tanto, no puede encerrarse en el cuerpo de un

individuo, por más que llegue a descubrirse un gen adictivo —como ciertos investigadores pretenden—, ni tampoco en su psiquismo, aunque sobren evidencias de una compulsión de repetición, porque parece algo palpable que dicha patología es, además, un producto cultural que, sintomáticamente, aparece incrustado a la manera de un cuerpo extraño en la dinámica familiar y social, perturbándolas y exigiendo un esclarecimiento superador. Por ello, dada su particular complejidad, la comprensión de estos cuadros y su tratamiento tendrán muchas más posibilidades de obtener los mejores resultados si no se limitan al adicto y se muestran con capacidad para dar cabida también a su entorno. Eso es al menos lo que me ha enseñado la práctica en este campo. Desde mi punto de vista, el abordaje terapéutico de las adicciones debe ser *singular*, como lo es toda psicoterapia psicoanalítica, tanto como *integral*, en el sentido de abarcar las diversas redes vinculares que sostienen y alimentan la práctica adictiva.

I. La máscara adictiva

En la drogodependencia hay una sustancia neurotóxica —a cuyos efectos psicoactivos se apela— y un sujeto que la consume con la intención de alterar sus estados afectivos y mentales, pero es imposible establecer entre ambos extremos una relación de causa-efecto, lineal y unívoca. Aunque tenga rasgos bien definidos, que se repiten caso tras caso, la drogodependencia es un cuadro *inespecífico* que muestra poco del sujeto, de su singularidad y de sus deseos personales; por el contrario, más bien los vela. En el plano individual, podría decirse que es la manifestación de una dependencia patológica que remite en primer término a una dependencia afectiva de los progenitores, que por diversos motivos (abandono, sobreprotección, sobreexigencia, intrusión, etc.) resultó traumática y de la que se pretende huir por todos los medios. Esta dependencia, desplazada a las sustancias, suele disimularse tras una imagen de aparente autonomía, y, en efecto, durante algún tiempo las drogas ayudan a mantener la ilusión de libertad y de cierta omnipotencia. Gracias a ellas, quien las consume siente que podrá sustraerse del sufrimiento cuando quiera. Una «cura química» de este tipo se parece a la *cura por el amor* en el sentido de que, como ella, ofrece la promesa de alcanzar un ideal narcisista de plenitud, al tiempo que establece una oprimente dependencia con el objeto; pero tiene, además, un

agravante: el deterioro orgánico, psíquico y la destrucción de lazos sociales.

La insuficiencia y la inadecuación de las funciones parentales, la falta de un graduado desprendimiento de la madre y la relativa inoperancia de un padre devaluado, con quien no hay demasiado interés en establecer un intercambio amoroso, en confrontarse ni en tomarlo como modelo, dejan al adicto prisionero en el universo narcisista parental. Sin tener respaldo ni estímulo para formar un mundo de representaciones y pensamientos propios, al niño que crece le resulta difícil separarse de la madre, desprenderse de ella y apropiarse simbólicamente de los objetos primarios para poder contar con ellos como *presencia interior* capaz de sostenerlo, de gratificarlo y aplacararlo en los momentos de ansiedad. Sin duda, el desencuentro traumático entre las exigencias narcisistas del bebé y las de un medio familiar que no lo percibe en su singularidad ni entiende sus necesidades afectivas, que no respeta ni promueve sus orientaciones más personales, dejará huellas traumáticas, verdaderas fisuras en las más tempranas formas de organización del yo, cuyas sombras amenazarán con el desmoronamiento por el resto de la vida.

Necesitar de un ambiente decepcionante, de objetos que frustran sistemáticamente, es una herida narcisista para el psiquismo infantil que se ahonda a cada instante. En esas circunstancias, la retracción afectiva, las actitudes de rebeldía y las fantasías reivindicatorias suelen crecer en silencio, o tras llamativos trastornos de conducta, hasta que los niños transformados ya en adolescentes dicen ¡basta!, aunque lo expresen sólo en acto. Pasan entonces a desafiar y a denigrar abiertamente a las figuras de autoridad y pretenden reafirmar una identidad aunque más no sea por oposición, por una oposición a menudo vacía y cargada de rencor, de burlas e ironías. El uso de drogas en los adolescentes suele inscribirse en esta lucha.

No obstante, el reconocimiento de puntos de fijación y de vulnerabilidad tempranos en quienes muestran especial propensión a desarrollar cuadros adictivos en la adolescencia, no supone darles a éstos entidad de una estructura clínica diferenciada. La drogodependencia no es un cuadro del mismo nivel que las neurosis, las perversiones o las psicosis. Si bien es frecuente detectarla en los adolescentes con trastornos límites de la personalidad, no podría sostenerse que sea una patología exclusiva de ellos. Puede instalarse en cualquier estructura clínica y su tendencia será a borrar las diferencias, desfigurarlas y uniformar los

cuadros psicopatológicos tras la identidad social que otorga *la chapa* de ser un adicto.

De ahí la importancia, en el comienzo de un proceso terapéutico, de trabajar para instaurar una abstinencia precoz. Ésta es, desde mi modo de ver, la condición ineludible y también el primer paso de un tratamiento que pretenda cierta eficacia.

Al despojar al adicto de su máscara adictiva, quedarán al descubierto sus trastornos de personalidad así como los conflictos subyacentes que se esconden tras el consumo de drogas y el individuo tendrá oportunidad de reconocerlos, asumirlos y elaborarlos. Intentaré ilustrar este efecto enmascarador de las drogas con una somera referencia clínica.

Hace algún tiempo me consultó una pareja de mediana edad por su hijo de 18 años. Según su relato, en los últimos tiempos el joven había tenido algunos episodios de ebriedad y había sido sorprendido fumando *porros* de marihuana. Él decía que era un consumidor ocasional de algunos fines de semana, situando el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas a los 13 años y de marihuana a los 17. En esa primera entrevista me comunican que el padre biológico del adolescente había sido un *bipolar* que se quitó la vida en medio de un estado depresivo, arrojándose del balcón de su departamento. Cuando esto ocurrió, ocho años atrás, los padres biológicos ya estaban separados y la madre tenía consolidada su nueva pareja (la actual). El joven, siempre se había manifestado como un ser inquieto pero, con la adolescencia y la muerte de su padre biológico, sus oscilaciones anímicas se acrecentaron. Esto motivó una consulta psiquiátrica cuando tenía 15 años. El psiquiatra lo diagnosticó y medicó como trastorno ciclotímico, recomendándole una psicóloga con la que inició una psicoterapia de orientación psicoanalítica. Ella fue quien, finalmente, me lo deriva porque el consumo de sustancias psicoactivas continuaba y la familia no se mostraba dispuesta a tolerarlo.

Con estos antecedentes y teniendo en cuenta el grupo familiar poco continente, el abandono del colegio secundario y la falta de inserción laboral del joven, indiqué, como recurso complementario de su psicoterapia individual, un tratamiento ambulatorio con la modalidad de hospital de día en la institución que dirijo. El propósito más inmediato era, además de lo que podía aportar el abordaje familiar, ofrecerle un lugar en un grupo donde se pudiera integrar y confrontar con semejantes que estaban trabajando para superar su drogodependencia, apartándolo de un consumo cuya intensidad no se podía precisar. Los padres aceptaron y el joven

opuso débiles resistencias que cedieron ante la firme actitud de la familia.

A pocas semanas del comienzo, los análisis de orina y el testimonio de diversos allegados fueron probando que el joven consumía marihuana diariamente en su propia casa, sin mayores precauciones. Se lo hice saber a sus padres, que se mostraron sorprendidos.

Este hecho me pareció evidencia de al menos dos cosas: la insuficiencia del abordaje propuesto y la incontinencia del grupo familiar, que era mayor de lo que yo supuse en la primera evaluación. Les comuniqué entonces mi propósito de apartarlo de su casa por algún tiempo, como mínimo un mes, para que se incluyera en un régimen de hospital de noche en otra institución; propuesta que aceptaron. Cuando el joven se internó, junto a la ansiedad propia de la abstinencia quedaron al desnudo síntomas de sus trastornos del humor, que tras un nuevo examen psiquiátrico fueron atribuidos a un trastorno ciclotímico. La psiquiatra que intervino en esta oportunidad indicó medicarlo con *litio*, pero hubo resistencias de parte de la madre, pues no quería que su hijo fuera medicado. Finalmente, cuando pudo apreciar que la irritación que producía en los demás durante sus estados maníacos era tan grave como su sufrimiento cuando estaba depresivo, accedió. La respuesta favorable no se hizo esperar, fue instalándose paulatinamente. Ese hecho me indujo a suponer que la mamá del concurrente pudo haber influido en la decisión de reducir la medicación hasta suprimirla en el tratamiento psiquiátrico previo, y se lo pregunté directamente a ella. Reconoció que, efectivamente, había contribuido a ello, reacia a las medicaciones. Me comentó también que de esta manera quería evitar ser como su madre, quien repartía medicación a todos los miembros de la familia ante el mínimo malestar. «Además —agregó casi a modo de confesión—, es muy triste reconocer que mi hijo tiene la misma enfermedad de su padre [...]». Más triste y perjudicial —pensé yo— era pretender desmentirla, suponiendo que si no realizaba el tratamiento se mantendría sano.

Lejos estoy de querer reducir el cuadro a su dimensión psiquiátrica o de exagerar la ayuda de los psicofármacos en una cura de fondo, pero si hago referencia a ellas es para destacar mi presunción de que el uso de drogas, en cierta medida, pudo haber operado en la vida de este joven —así como en la de muchos otros— como un modo de *automedicación*, que le permitía compensar y encubrir la minusvalía de su padecimiento psíquico. Cuando lo interrogué al respecto me dijo que, en efecto, cuando se sentía

deprimido recurría a la cocaína, ya que lo estimulaba y le levantaba el ánimo, y cuando se percibía acelerado y no podía *bajar*, apelaba a la marihuana, a las bebidas alcohólicas, o a ambas, para que lo relajaran.

A quienes encarnan dos problemáticas tan definidas, una psiquiátrica y otra adictiva, en las instituciones dedicadas a la asistencia de las adicciones se los suele llamar *duales*. Con esa designación se procura destacar que en ellos, como es obvio, no basta realizar un tratamiento psiquiátrico para que desaparezca la adicción, ni tampoco alcanza procediendo a la inversa. Los trastornos narcisistas y las determinaciones genéticas que pudieran existir no se suprimen tratando la drogodependencia. Este fragmento clínico sirve, además, para mostrar con exageración, como una especie de caricatura, lo que ocurre con los adictos en general. Vale decir que, desde cierta perspectiva, todos pueden considerarse *duales* en el sentido de que es indispensable imponer una abstinencia y avanzar en el descorazamiento adictivo para que aparezcan el sujeto, su historia y los conflictos que producen su sufrimiento. Esa debe ser, reitero, la primera e ineludible meta de un tratamiento de las adicciones: despojar al sujeto de su armadura química para que se hagan visibles y analizables sus *miserias neuróticas*.

Afirmar que la drogodependencia es inespecífica no equivale a equipararla a una defensa superficial o a una formación estática, inocua, que puede permanecer años enquistada en la personalidad sin aparejar mayores inconvenientes. No, se trata de una entidad dinámica, crónica, progresiva que, sin un tratamiento adecuado, puede terminar con la vida. En cierta manera se comporta como un proceso canceroso que va invadiendo e infiltrando tejidos nobles, destruyéndolos. Librada a su evolución, sin una intervención oportuna, la dependencia de las drogas —incluidas las bebidas alcohólicas— tenderá a tragarse la estructura del sujeto, aniquilando todo vestigio de singularidad. No sólo por la progresiva dependencia orgánica que genera; también por el creciente desamparo psicosocial en que hunde al individuo, al ir destruyendo todos sus lazos afectivos (con amigos, parejas, trabajos, vínculos familiares, etc.). Al final el sujeto queda reducido a ser *sólo* un adicto. Ya no se trata de alguien que consume una sustancia, sino que, podría decirse, la sustancia —y el mercado que la comercializa— ha consumido al sujeto, se ha apropiado de él, de su voluntad y de sus deseos, haciéndolo desaparecer. Lo ha transformado en la sombra de un consumidor anónimo que, cada día

más despersonalizado, circulará en el extenso territorio de una sociedad globalizada, como un minúsculo objeto descartable para el que sobran los reemplazos.

II. Fracasos terapéuticos

¿Qué hacemos los psicoanalistas cuando nos encontramos hoy día, en nuestros consultorios, con un caso de drogadicción? En general, se oscila entre actitudes extremas que pueden encuadrarse en dos grupos. Uno, formado por quienes toman en tratamiento al designado como paciente, aunque el individuo no vivencie como enfermedad su práctica adictiva y, con ciertas variantes, hacen lo posible por analizarlo como si se tratara de un neurótico. Confían en que el trabajo analítico sobre la estructura clínica será suficiente para hacer desaparecer diversas manifestaciones sintomáticas entre las que se encontraría la adicción. Otros, más cautelosos, lo derivan, pues consideran que, salvo excepciones, no cumplen con las condiciones mínimas de analizabilidad. En ambas posiciones el psicoanálisis como método terapéutico puede quedar mal representado, al oscilar entre cierta actitud de omnipotencia que no reconoce limitaciones y una de impotencia que las exagera. Una tercera alternativa, la mejor desde mi punto de vista, es impulsar un tratamiento conjunto, individual e institucional, donde se trabaje de modo complementario en la dimensión vincular puesta en juego con el analista en la transferencia tanto como en la que se despliega con los grupos de pares, en las relaciones familiares, con allegados, etc.

Antes de continuar, creo que vale la pena detenernos un instante en el primer grupo, el de los terapeutas que encaran el problema adictivo como si fuera un síntoma neurótico. Si exceptuamos los pocos casos en los que el sujeto consulta por el uso de drogas porque lo percibe como una restricción que crece, lo hace sufrir y de la que quiere liberarse lo antes posible, en cuyo caso podría dar buenos resultados una psicoterapia individual, lo habitual es que la experiencia cotidiana muestre, una y otra vez, que la adicción crece en las sombras, alimentando ocultamientos y resistencias de diversos tipos que desvitalizan el tratamiento psicoanalítico, desembocando al fin en una frustración mutua. Es bastante común que lo silenciado de la adicción lleve al abandono de la terapia mucho antes que ésta haga desaparecer a aquella. En estos casos el analista, el sujeto que padece la adicción y su familia que, a su manera

también la padece, quedarán decepcionados y el método analítico desacreditado.

Cuando pensamos en las diferencias entre el cuadro de la drogadicción y el síntoma de una neurosis por el que se demanda tratamiento, es necesario tener presente que éste aparece como consecuencia de una represión —fracasada— que bajo la angustia de castración trató de apartar abruptamente aspiraciones sexuales infantiles, sin dejar lugar para su elaboración e integración en niveles más complejos de desarrollo. En la drogadicción, en cambio, lo que a menudo se percibe es una falta de represión, con la consecutiva tendencia al descontrol y a *actuar* impulsivamente como si hubiera, más que un retorno de lo reprimido, un efecto de desborde por un cierto déficit representacional para procesar las situaciones de tensión psíquica. En este caso la *actuación* aparece en el lugar de las palabras —o de los síntomas— como manifestación de lo no procesado, mientras que son la familia y la sociedad las que primero padecen sus efectos restrictivos. La drogadicción en los jóvenes emerge habitualmente como manifestación y denuncia de un trastocamiento familiar que reclama un cambio sustancial, como actuación desesperada que convoca a una intervención rectificadora. En ese sentido, la adicción puede considerarse, más que un síntoma individual, un equivalente del mismo en el grupo familiar. Algo nos comunica sobre él, sobre su disfuncionalidad, y descifrarlo es una parte esencial de nuestra tarea terapéutica.

A diferencia de los síntomas neuróticos, por lo general, el adicto carece de egodistonia. No vivencia su necesidad compulsiva de consumo como una restricción yoica de la que quiere liberarse, sino que tiende a minimizar o a negar su dependencia tanto como los efectos perniciosos de las drogas sobre su salud y sobre sus vínculos. Se aferra a ellas como una tabla salvadora, como algo que, junto a otras gratificaciones narcisistas (certeza, desafío, venganza, etc.), lo ayuda a escapar del sufrimiento.

Hay que destacar, además, que el uso de drogas cuenta con un reforzamiento social y familiar notable, genera dependencia orgánica y ofrece al psiquismo la vía más corta para alcanzar un placer intenso, inmediato y autoprocuroado, cuyas huellas quedarán para toda la vida como un recurso siempre a mano para contrarrestar los sinsabores. Y más aún, contrariamente a lo que ocurre con el síntoma neurótico, que limita el desenvolvimiento del individuo en su vida de relación, el uso de drogas, en ciertos grupos sociales, cumple una función socializante al facilitar un lugar de pertenencia en ellos.

Los pobres resultados que se obtienen cuando se trata la drogadicción exclusivamente con la técnica psicoanalítica se hacen comprensibles si pensamos que el sujeto que se ha habituado a huir del displacer refugiándose en las drogas, sigue el camino inverso al que ofrece el análisis: se aísla, rompe vínculos, abraza la ilusión de que es posible renegar de toda falta, accede a un lugar de pertenencia y a una identidad de masa al costo de resignar su singularidad, desprecia el valor y del poder de la palabra en sus dimensiones comunicativa y terapéutica sobrevalorando la imagen y la acción, idealiza el presente desacreditando la historia tanto como el futuro, y prefiere el camino regresivo de la gratificación narcisista a la sustitución simbólica que exige la elaboración.

Pero más allá de los magros resultados que se obtienen al tratar las adicciones sólo con psicoterapias individuales, han cobrado gran difusión datos que aluden a la escasa recuperación de los adictos en general, cualquiera que sea el abordaje terapéutico. Un panorama tan desalentador suele atribuirse a la gravedad y la complejidad de estos cuadros. Sin embargo, creo que deberían tenerse en cuenta otros factores que suelen ser decisivos en esos desenlaces.

El futuro de los adictos en tratamiento depende en gran medida de cómo se posicionen ellos frente al consumo de drogas, pero, también, de cómo se posicionen su familia y quien los trate. Esto exige una fina evaluación, caso por caso, del adicto, de su grupo familiar y de la institución elegida para llevar adelante el tratamiento. Hay instituciones cuyos abordajes jerarquizan lo individual mientras que otras hacen jugar en primer plano lo grupal y lo familiar, muchas veces excluyendo la psicoterapia individual. Asimismo, existen en ellas enfoques terapéuticos diversos. Algunas trabajan casi exclusivamente a nivel de lo normativo, como si lo esencial de un tratamiento consistiera en una reeducación emocional y conductual que lleve al abandono del uso de drogas. Otras en cambio —entre los que me incluyo—, conciben el trabajo institucional sobre lo normativo como una etapa a menudo necesaria, pero aspiran sobre todo a promover la toma de conciencia y la *elaboración psíquica* de los conflictos que precipitaron y sostienen el comportamiento adictivo. Para ello habrá que trabajar de manera convergente, simultáneamente, en la dimensión familiar, grupal e individual.

III. Tratamiento ambulatorio específico para adicciones

El tratamiento ambulatorio para los cuadros adictivos en una institución dedicada a ese fin se intenta cuando el adicto ha fracasado reiteradamente en psicoterapias individuales —o no cree en ellas—, cuando reconoce que no puede abandonar por sus propios medios el consumo tóxico, o cuando puede hacerlo pero no logra sostener la abstinencia. Es una vía de acceso para sujetos que ya no tienen una buena comunicación familiar, que acusan las sucesivas pérdidas y el descontrol creciente al que los empuja su condición de drogodependientes, y que reconocen la necesidad de una ayuda especializada en la cual apoyarse. Esto supone aceptar que solos, por más que se apele a una heroica fuerza de voluntad, será muy difícil alcanzar los objetivos terapéuticos, por no decir imposible. Tanto o más que para un neurótico liberarse sin ayuda de las restricciones que le imponen sus síntomas. Lo más habitual sin embargo, sobre todo en los adolescentes, es que la necesidad de ayuda terapéutica parta del grupo familiar y ésta es una oportunidad que no se puede desaprovechar.

Hay diversos abordajes terapéuticos que pueden ser muy valiosos como eslabones de un programa de recuperación de adictos, pero que son claramente insuficientes cuando —como a menudo ocurre— *todo* el tratamiento se reduce a uno de ellos, sin considerar la importancia de su encadenamiento con otros momentos del proceso terapéutico. Me refiero a la cura de desintoxicación y a los tratamientos exclusivamente normativos como los de *Alcohólicos Anónimos*, así como a la psicoterapia psicoanalítica individual y el trabajo con grupos, familias y allegados.

Si la adicción está arraigada, las psicoterapias individuales —como ya señalé— no alcanzan, y a menudo ni siquiera pueden operar pues tienen que hacerlo con sujetos sin continencia familiar, impulsivos, poco confiables, que tienden a la desmesura y a la transgresión; sin proyectos personales consistentes, que rehuyen compromisos y que lo único que parece interesarles es cómo *zafar* lo más rápidamente posible de todo estado displaciente. No obstante, como lo concibo, el tratamiento ambulatorio de los cuadros adictivos no sólo no se contrapone al psicoterapéutico psicoanalítico sino que estoy convencido de que ambos pueden operar complementariamente, como respaldos solidarios que se apoyan recíprocamente.

Si en el tratamiento psicoanalítico se trabaja con un encuadre *mudo* puesto en evidencia por las transgresiones y resistencias del analizando, en este tipo de patologías ellas suelen ser tantas y de tal magnitud que hacen imposible sostener un marco normativo estable que haga viable el desarrollo de un proceso analítico. Dadas esas características, es importante tener en cuenta, entonces, otros abordajes, de preferencia institucionales, centrados en crear las condiciones para que se puedan visualizar y respetar un encuadre, una legalidad, un límite entre lo inconsciente y lo preconscious, entre la actuación y la palabra, entre el yo y el objeto.

A diferencia del análisis individual, un tratamiento de este tipo debe *meterse* con la realidad consensual del sujeto, con su familia, con sus amigos y allegados, y con los efectos concretos que acarrearán sus creencias narcisistas, sus actitudes egoístas y mezquinas, sus actuaciones transgresoras. De algún modo la institución que interviene en este tipo de tratamientos debe suplir provisoriamente, a la manera de una prótesis, las fallas del núcleo parental original en funciones básicas; en particular, en lo que se refiere al respeto de una autoridad, al reconocimiento y aceptación de un cuerpo normativo así como a los límites que de él derivan.

No voy a profundizar aquí, por razones de espacio, sobre las fases, herramientas y estrategias que se suelen emplear, es decir, en los aspectos técnicos de estas modalidades terapéuticas, pero sí quisiera mencionar, para completar este pantallazo introductorio, algunos requisitos que considero esenciales para desarrollar un tratamiento eficaz:

a) La convicción familiar de poner un límite firme e impostergable a la situación autodestructiva en la que se sumerge cada día más el adicto, y la disposición a un compromiso con los agentes terapéuticos convocados, que supone la necesidad de asumir responsabilidades y cambiar ciertas actitudes en todos los integrantes del grupo familiar.

b) Que, en forma paralela, haya un cierto grado de toma de conciencia de parte del adicto de una innegable realidad: que el consumo ha escapado a su control, ocasionándole pérdidas incesantes que amenazan perdurar mientras dure su vida —como drogodependiente.

c) Una evaluación diagnóstica adecuada, caso por caso y, de ser necesario, una derivación apropiada.

d) Que la institución tratante posea la idoneidad suficiente para llevar adelante un tratamiento



integral del adicto y de su entorno. Y que, una vez conseguidas ciertas metas a nivel individual, familiar y de rehabilitación social, la institución tenga la capacidad para correrse de lugar, quedando, cada vez más, como respaldo implícito de la psicoterapia individual y de las realizaciones sociales que han de continuarla.

En síntesis, desde mi punto de vista, frente a las dificultades que plantean los cuadros adictivos, con su notable incapacidad para cumplir con las exigencias del encuadre analítico, me parece conveniente tener en cuenta abordajes psicoterapéuticos que operen en el plano individual, grupal, familiar y de allegados, en un sentido contrario al de los factores que, partiendo de esas mismas fuentes, contribuyeron a la génesis, el desencadenamiento, o que participan en el mantenimiento de la patología. Ellos pueden ser de gran utilidad como instancias complementarias de

un proceso psicoanalítico que se realice en forma simultánea, o bien como un momento preliminar de dicho proceso.



Hugo Mayer

Uriarte 1534 piso 11 dpto A
Buenos Aires, Argentina
Yerma@sinectis.com.ar

Notas

1. Artículo publicado en *Actualidad Psicológica*, Buenos Aires.
2. El autor es miembro titular de la *Asociación Psicoanalítica Argentina* y Director del *Centro Gorriti*, dedicado al tratamiento ambulatorio de las adicciones. Escribió, entre otros, *Adicciones: un mal de la posmodernidad* (Corregidor, 1997) y *Drogas: hijos en peligro* (El ateneo, 2001).

