

Principios de psicoterapia en adicciones Psychotherapy principles on addictions

Eduardo Caulier Lillo*
Universidad Santo Tomás de Chile

(Recepción: Mayo 2007 – Aceptación: Junio 2007)^a

Resumen

Este trabajo busca reflexionar en torno al cambio de perspectiva que se observa en el campo de las adicciones, que ha favorecido la inclusión de tratamientos psicoterapéuticos, en especial ambulatorios. La posibilidad de psicoterapias en problemas de adicción eran vistas como ineficaces hace algunos años, sin embargo los avances en los tratamientos no psicoterapéuticos fueron incluyendo cada vez más técnicas y perspectivas del campo de la psicoterapia. Actualmente nadie cuestiona el rol del psicólogo en los tratamientos de adicciones. Ello obedece a un cambio en la forma de entender los problemas de adicción, el rol del terapeuta y el rol del adicto en su problema.

Palabras claves: Adicciones, psicoterapia, tratamiento.

Abstract

This work makes a reflection around a change of perspective on addictions field, which has promoted the inclusion of psychotherapy, in particular ambulatory treatments. Psychotherapy on addictions disorders wasn't considered as effective possibility years before, but the developments on addictions treatments had including more and more psychotherapeutic techniques and strategies. Actually, the role of psychologists on addictions programs has no discussion. That responds to a change on the way of understand the addictions problems, the role of therapist and the role of addict on his problem.

Key words: Addictions, psychotherapy, treatment.

Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó.

El superyó es el imperativo del goce: ¡Goza!

Jacques Lacan

Este trabajo está relacionado a la labor psicoterapéutica realizada durante ocho años con pacientes adictos, cuatro años en una unidad de adicciones que formaba parte de un hospital psiquiátrico, por lo tanto, a partir de una orientación predominantemente médico-psiquiátrica –aunque era un primer esfuerzo de integrar este enfoque con un modelo de comunidad terapéutica y con intervenciones psicológicas, a partir de un equipo multidisciplinario. Otros cuatro años también de labor en una comunidad terapéutica, sin psiquiatras, pero con el intento de trabajar en conjunto psicólogos y técnicos en rehabilitación. Por lo tanto, parte de una experiencia clínica que ha podido ver distintas modalidades de enfoque en relación al problema de adicciones; pero también ha sido una labor que ha debido enfrentar la serie de prejuicios, tanto desde la medicina como desde la comunidad terapéutica, acerca del papel del psicólogo y de la psicoterapia en el campo de las adicciones. Y que ha visto el progreso en importancia y peso que la psicoterapia fue adquiriendo con los años. Este trabajo es un esfuerzo por explicitar conceptualmente este cambio de perspectiva, y los años de trabajo con personas con problemas de adicción.

* Correspondencia a: Jaime Caulier Lillo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás Los Ángeles. Dirección: Mendoza 120, Los Ángeles, Chile. Teléfono: 43 – 311785. Fax: 43 – 317397. E-mail: edocaulier@gmail.com

^a Artículo recibido en mayo del 2007 y aceptado en junio del 2007.

Desde hace unos años se ha visto una ampliación de los tipos de tratamiento que se ofrecen al problema de las adicciones en el campo de las psicoterapias. Lo que hace unos pocos años se planteaba como inviable, actualmente ha ganado terreno: la posibilidad de tratamientos ambulatorios orientados psicoterapéuticamente.

Esta ampliación de las posibilidades psicoterapéuticas ha ido de la mano con otro cambio también importante dentro del tratamiento de las adicciones, y es el posicionamiento cada vez mayor de los psicólogos en este campo del cual habían estado excluidos por su ineficacia. Desde la perspectiva de autoayuda y de Comunidad Terapéutica, las principales personas que podían ayudar realmente a sus pares eran los ex-adictos rehabilitados por su conocimiento *vivencial* del problema; los profesionales, en cambio, no lograban manejarlos y caían, en general, en el juego del adicto. Sin embargo, el trabajo terapéutico de las comunidades terapéuticas ha ido incorporando técnicas y conocimientos desarrollados en el ámbito de las psicoterapias, hasta el punto de buscar una profesionalización de esta labor en centros universitarios. Ello da cuenta que no basta la experiencia vivencial para abordar el problema, y que puede ser útil el aporte técnico proveniente del campo de las psicoterapias.

¿Cómo entender, entonces, este cambio de actitud en el tratamiento de las adicciones?, ¿cómo entender que el tratamiento ambulatorio, antes considerado un fracaso ofrecido a un paciente adicto, ahora se presente como una posibilidad viable? ¿Qué ha pasado en el campo de la psicología que ahora tiene algo que decir dentro del tratamiento de las adicciones?

Para comenzar a comprender nuestro interrogante, habría que recordar los problemas con que se topaba la intervención psicoterapéutica que la llevaban a considerarla poco eficaz. En su texto clásico sobre Comunidad Terapéutica, E. Goti (1990) observa que el paciente adicto tiende por lo general a mentirle al terapeuta, quien, por su parte, con su postura empática y comprensiva, si no neutra, favorece esa tendencia a la manipulación y la mentira dentro del proceso terapéutico. El paciente percibe la falta de preparación del profesional para enfrentar su problema, y por lo tanto busca ayuda en quienes han padecido su misma condición. A partir de este *impasse* se genera la opinión de que *el psicólogo es incompetente para advertir las mentiras y manipulaciones de la persona adicta*, y que el único que logra desenmascararlas es el propio ex-adicto, quien también en su momento las utilizó.

Se puede generar la impresión de que el problema de la mentira y la manipulación es exclusivo del campo de las adicciones; sin embargo, *la mentira es un factor constante en el trabajo psicoterapéutico*. Muchas veces un terapeuta se ve en la situación de tener enfrente un paciente que después de varias sesiones confiesa que no había querido contar tal o cual problema fundamental que le afectaba, para que no fuera parte de lo que se trabajara en la psicoterapia; muchas veces un problema es escamoteado y pasado por alto, por parte del paciente, a pesar de la gravedad de sus consecuencias y de su fundamental relación con el problema de consulta. En otras oportunidades, y sin haber realizado algún trabajo profundo, el terapeuta se encuentra con que el paciente llega “ya mejorado”, el problema “superado”, etc., y quiere abandonar el tratamiento, en una reacción evidente de evitación de sus problemáticas. En términos más generales –y más inmanejables–, todo terapeuta trabaja con “*la*” verdad del paciente, sin tener la certeza de si les mienten o no; la posibilidad de la mentira y la manipulación es una posibilidad habitual de su quehacer.

A pesar de ello, ¿cuándo la posibilidad de la mentira por parte del paciente puede aumentar?: en primer lugar, cuando el paciente no quiere mejorar, sino dar una imagen de que sí lo desea. Es decir, *la probabilidad de mentir se favorece en un tratamiento donde la motivación es externa al sujeto*. En los tratamientos tradicionales de las adicciones esta situación suele ser una de las más típicas. El problema de la motivación intrínseca queda en segundo plano, no por un desconocimiento de este factor sino por una condición particular del tratamiento: se parte de la base que, *como efecto de la adicción misma*, la persona adicta no quiere cambiar, y por lo tanto el éxito terapéutico depende de la presión que ejerza no sólo la familia sino también el terapeuta. En segundo lugar, por el motivo anterior, el hecho de consumir drogas adquiere un estatuto particular: *en sí el consumo de drogas es el problema, independiente de la motivación de la persona adicta*.

Desde un enfoque médico, la adicción es efecto de una dependencia biológica, sin que intervinieran motivaciones e intereses propios de la persona; por lo tanto, lo único que queda por hacer es realizar intervenciones ambientales –de refuerzo-castigo– para poder lograr la abstinencia y, así, la desintoxicación. Desde el modelo de Comunidad Terapéutica, si bien ninguna persona debe ser obligada a dejar el consumo, la orientación del tratamiento se basa en la subordinación de la persona a la dirección valórica de la Comunidad, ya que el adicto “ha perdido sus valores” y no tiene, por lo tanto, la capacidad para decidir moralmente. La estructura de reglas y sanciones de la Comunidad Terapéutica sirve para compensar esa “falta” moral y motivacional, a la vez que funciona como equivalente de esa presión ambiental del modelo médico, que se debe realizar por las incapacidades motivacionales y valóricas del adicto. Esta condición lleva a que *la motivación para la rehabilitación no se tenga que definir desde la propia persona que sufre la adicción*; al contrario, el paciente debe hacer suyos los criterios y la motivación del propio terapeuta, sea el médico o sea el educador –criterios descritos, por ejemplo, en la “Oración Filosófica” de la Comunidad Terapéutica, y que el adicto debe hacer suyos.

Por ello, los modelos más utilizados en el campo de las adicciones son tratamientos educativos, centrados en el refuerzo-castigo y aprendizaje social, donde los objetivos y la orientación del tratamiento están determinados de antemano; donde la persona adicta debe aceptarlos o adecuarse a ellos, o no ingresar –o ser expulsado–, y no un modelo psicoterapéutico propiamente tal, desde la propia motivación y los propios objetivos de la persona. “En realidad, no quiere cambiar” –dicen los terapeutas cuando la persona no cumple las normas del tratamiento; a lo que hay que agregar, completando la frase: “no quiere cambiar *como yo quiero que cambie*”.

Frente a una situación externa así definida, *si la motivación que se tiene para dejar el consumo son presiones externas, sólo se va a lograr un compromiso externo para dejar el consumo*. Sin duda. Por otro lado, *si se quiere seguir en el consumo pero la posibilidad de recaer conlleva tantas consecuencias negativas, lo mejor es mentir*. No es raro que el paciente no sólo mienta si vuelve a consumir, sino que, desapareciendo esta estructura de presiones ambientales al finalizar el tratamiento, vuelva de nuevo al consumo inicial.

El mismo problema de la mentira, por ejemplo, se encuentra en los tratamientos de las anorexias, porque el paciente no es el que, primeramente, quiere superar el problema. La paciente anoréxica tiene una serie de estrategias –correlativas a las estrategias de manipulación del adicto– para evitar alimentarse y evitar además las presiones y controles de los familiares. Miente al terapeuta y a la familia; frente a los controles médicos –correlativos al control de orina en el adicto– ella se prepara unos refuerzos polivitamínicos, etc., que permiten obtener unos exámenes positivos de nutrición. Por lo tanto no es que “el adicto”, por perder los valores mienta y manipule a sus seres queridos y a quien lo ayuda; *el paciente no comprometido miente y manipula, principalmente, por las amenazas a las que está sometido el apoyo externo*.¹ Deja de haber la amenaza frente al consumo, deja de estar sometida la continuación del tratamiento a la condición de la abstinencia, y el paciente deja de mentir: reconoce inmediatamente frente al terapeuta su vuelta al consumo; pero ello en la medida en que el consumo es un problema para él, independiente del terapeuta.

2

La segunda consecuencia de la concepción de que el paciente es incapaz de decidir por sí mismo porque está bajo los efectos de la adicción, es que *el consumo en sí es el problema*, independiente de la motivación de la persona. Esta perspectiva conduce, entonces, a que *lo que debería ser la meta del tratamiento, el logro de la abstinencia, se pone como condición del mismo* –la persona debe dejar de consumir para comenzar el tratamiento, y debe mantenerse en abstinencia para que se mantenga en el tratamiento–. Esta exigencia terapéutica de la abstinencia también supone que la motivación a continuar en el consumo no depende de factores personales. Es decir, *en las adicciones no hay una subjetividad en juego*, sino sólo los efectos de la droga.

De este modo el tratamiento de las adicciones cae en el terreno de *lo Sagrado*: el poder “ominoso” de la droga, que amenaza al adicto hasta sus últimos días, del cual tendrá que alejarse si no quiere

perderse nuevamente en él. Poder absoluto de la droga sobre la persona, el adicto deberá someterse a tratamientos de “expiación”, aislado de la sociedad para no contaminarla; deberá cumplir rituales de “purificación” para quedar librado del sortilegio en el cual ha caído; deberá pagar para “limpiar” sus culpas por haberse acercado a ese terreno fatal del Mal, que es el de la droga –y que no es otro que el del Goce prohibido.²

La única solución a un planteamiento del problema de esta forma son los tratamientos sin término, como los A.A. o N.A., que funcionan manteniendo *rituales* de iniciación (asumir el “soy adicto”), aprendiendo los *conjuros* para romper el encantamiento; ritos de expiación, repetidos día a día ya que nunca se logra quedar “limpio” del mal, sólo mantenerlo a distancia. Porque la droga sigue teniendo el mismo estatuto para la persona, sigue teniendo ese inefable poder de atracción; lo mejor que se puede conseguir es un *adicto en abstinencia*. Desde esta perspectiva, esta meta quizás no sea poca.

Lo mismo se observa con respecto al enfrentamiento de las *recaídas*, a su prevención. Las metáforas del contagio se vuelven a repetir. Se debe evitar el Mal y lo que está involucrado a él; se deben distinguir los lugares y las personas contagiadas con el Mal, no acercarse a ellas; se deben reconocer los primeros signos de la tentación en uno mismo, las primeras señales de debilidad moral, y apelar a los ritos de expiación, a las fórmulas de protección.

Quizás suene irrisorio y exagerado este análisis, pero no es otra cosa lo que encontró Marlatt (1993) con el concepto de EVA (“efecto de violación de la abstinencia”). Uno de los factores fundamentales involucrados en la recaída es el sentimiento de *culpa* por haber trasgredido el mandato de la abstinencia que impone la *prohibición de no consumir*.³ No en vano Marlatt usa el término “violación”: sentimientos de culpa, de impotencia, de posesión; temores a castigos, amenaza de condena, etc., se imponen porque se ha trasgredido ese pacto con el terapeuta, esa prohibición que era la abstinencia, condición (“pacto”) del tratamiento y de la cura. No es raro, por lo tanto, que uno encuentre *modelos religiosos* en el campo de las adicciones, y que se utilicen elementos del pensamiento religioso en distintos tipos de tratamientos. No así en el campo de las anorexias, de la obesidad, etc. (O quizás ya se estén incorporando: siempre que esté en juego la patología del *deseo*, o del *goce*, puede aparecer ese pensamiento religioso del contagio y la expiación).

Unido al problema de la “falta” de motivación intrínseca de los adictos para rehabilitarse, otro argumento que hace desistir a los psicólogos del tratamiento ambulatorio de las adicciones es la *alta frecuencia de recaídas* que presenta. Esto llevaba a plantearse la necesidad de implementar tipos de tratamientos más restrictivos, menos “permissivos” que el tratamiento psicoterapéutico tradicional. No sólo cae más en las mentiras de los adictos, además *el psicólogo es más permisivo*, es más fácil manipularlo.

Una de las premisas fundamentales en el tratamiento de las recaídas es que el terapeuta debe ser estricto con la exigencia de la abstinencia, en el sentido del “todo o nada”: una copa, un consumo, es ya una recaída. Esta perspectiva avanza un poco más en el problema de la motivación. Supone que el adicto quiere dejar de consumir no sólo por las presiones externas, pero es frágil frente a su deseo de consumo, y por lo tanto requiere de una “amenaza” importante para que evite todo lo posible el consumo. También está implícita la idea de la incontrolabilidad del consumo, producto del “poder” de la droga. Pero ya uno puede plantear una cierta *ambivalencia ante el consumo*: se quiere dejar de consumir a la vez que se desea seguir consumiendo.

De forma paradójica, Marlatt plantea *que la exigencia misma de abstinencia es un factor de agravamiento de las recaídas*. Como se citó anteriormente, esta “exigencia” de la abstinencia y esta concepción de la recaída como una “falta” grave, genera un sentimiento de fracaso y de impotencia, de incontrolabilidad frente a una situación de recaída que lo lleva a abandonar todo intento de recuperación; no se siente capaz de recuperarse, y continúa en el consumo o lo agrava. El efecto EVA, por lo tanto, está aludiendo al factor de *autoeficacia*, planteado por Bandura –lo sepa Marlatt o no–. Es decir, la premisa terapéutica de “todo o nada” que en el modelo tradicional de recaídas era el factor *reforzador* de la meta de abstinencia, disminuye y *debilita* el factor de autoeficacia –que es, en el fondo, un factor fundamental de cambio terapéutico–. En el fondo, se le está diciendo a la persona que *no puede* superar su problema.⁴

Pero hay que precisar los factores en juego en este cuestionamiento de la autoeficacia: el sujeto vive este cuestionamiento de su capacidad para enfrentar su problema a partir de una exigencia, una ley, una *prohibición* por parte del terapeuta. Entonces, por un lado, es la propia función de *prohibidor* del terapeuta el generador de este *impasse* terapéutico, y por otro lado, el supuesto del “poder incontrolable” de la droga: incontrolable porque, supuestamente, no hay intervención de factores personales, subjetivos, en juego, sólo el efecto biológico del consumo. Si uno parte de premisas distintas, suponiendo que sí hay factores personales, y más precisamente, *factores motivacionales en la recaída*, el sentimiento de “incontrolabilidad” y de impotencia frente a ella disminuye y la hacen manejable. Pero, en este sentido, el consumo en sí deja de ser el problema, apareciendo la pregunta por las *motivaciones* al consumo.

Por lo tanto, se abre la problemática no sólo de las motivaciones al consumo, sino, como se ha visto anteriormente, el de la motivación al cambio: qué metas se deben tener en el tratamiento, y cómo manejarlas.

3

En el campo de la psicoterapia cognitiva de las adicciones, por ejemplo, el modelo de Prochaska y DiClemente (1993), si ha logrado destacarse en el campo de las adicciones, se debe a que ha remarcado este aspecto no trabajado en el tratamiento de las adicciones: la *motivación personal al cambio*. Con las etapas de Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, etc., lo que este modelo destaca es que no basta con tener un problema para querer cambiarlo; la motivación y el compromiso al cambio implican todo un proceso, con etapas previas, con ambivalencias, etc., que es necesario ir trabajando si se quiere lograr un compromiso efectivo con la meta de la terapia.

Este cambio de perspectiva dentro de lo cognitivo está resultando fructífero en casos complicados de adicciones. Por ejemplo, en el tratamiento de personas adictas con tendencias antisociales, el Dr. Darío Gigena –siguiendo el enfoque cognitivo de M. Freeman– plantea que *se debe usar las motivaciones patológicas para obtener resultados terapéuticos positivos*, a pesar de lo contradictorio que parezca: «Validar estas motivaciones cuando el paciente se presenta a la consulta con una conducta profundamente desadaptativa y un estilo de vida caótico, puede ser visto como una facilitación de la conducta adictiva o un reforzamiento de la negación del problema, desde el punto de vista de las teorías convencionales del abordaje de las adicciones» (Gigena, 2000).

Sin embargo, lo que se está planteando como “novedad” en el campo del tratamiento de las adicciones es lo esencial en todo tratamiento psicoterapéutico. Aquello que el Dr. Gigena descubre en el tratamiento de adicciones de personas con tendencias antisociales, y el aporte que han implicado el modelo de Marlatt de tratamiento de las recaídas y del modelo de Prochaska, es simplemente *la aplicación de los principios de la psicoterapia al tratamiento de las adicciones*. Que estos modelos se planteen como novedosos indica lo lejos que ha estado el campo de las adicciones del campo de las psicoterapias.

Rescatando los elementos propios de la psicoterapia desde los planteamientos de Prochaska y de Marlatt, se puede afirmar que *el cambio es un proceso*, no es rectilíneo, tiene avances y retrocesos, y que además implica una preparación. No basta con tener conciencia de un problema para que la persona tenga la motivación al cambio, y no basta la motivación al cambio para que la persona realice un esfuerzo por cambiar, o bien lo mantenga: dos errores comunes en el tratamiento de las adicciones.

Por ejemplo, no basta con que la persona “toque fondo” –uno de los importantes *mitos* en las adicciones–. Por mal que lo esté pasando un adicto, por mucho que esté sufriendo producto de su adicción, pueden pasar años antes que intente rehabilitarse. Al mismo tiempo, el hecho de que haya “tocado fondo”, que sepa todo lo que perdió, todo lo que puede volver a perder, no impiden que pueda volver a recaer a la misma situación de consumo. Es algo que se observa cotidianamente en la clínica. El “tocar fondo” no depende de cuánto se ha perdido por la adicción, sino, en primer lugar, de *factores motivacionales*.

Para empezar a cambiar la persona debe sentirse motivada para intentar un cambio en su vida, si cree que intentar cambiar es mejor que mantenerse en el “fondo”. En segundo lugar, se va a sentir motivada si primero se cree *capaz* de lograrlo: “tocar fondo” alude a la *decisión* de querer cambiar, y no de la gravedad objetiva de las consecuencias del consumo.⁵

En el caso de los trastornos antisociales, para el Dr. Gigena es clave que las metas terapéuticas sean definidas a partir de las motivaciones de la propia persona, para que se obtenga un compromiso por parte de ella. Ello es la base de todo proceso de cambio, por lo tanto de toda psicoterapia: *orientar la psicoterapia desde las motivaciones de la persona adicta*, aunque sean éstas unas motivaciones patológicas. Es lo que en términos del modelo de Prochaska se produce en el paso de la etapa de Pre-Contemplación a la de Contemplación: la persona no sólo ve las consecuencias nocivas de su adicción, sino también se siente *afectado* por ello. Es lo que clásicamente se ha denominado “tocar fondo”. Precisemos mejor el tema: el tratamiento de las adicciones existe, como todo tratamiento, porque su conducta (en nuestro caso, el consumo) le trae *consecuencias negativas* a la persona; pero estas consecuencias negativas están definidas no por criterios objetivos; son consecuencias negativas *para las motivaciones y metas de la propia persona*. Por lo tanto, son las motivaciones las que nos orientan en la definición del problema por el cual nos pide ayuda la persona adicta. Si la persona se siente afectada por un problema, tiene que ver con que ese problema le significa una consecuencia negativa para sus propias motivaciones. Es el concepto de “sufrimiento”. Si un tratamiento no se ubica desde el sufrimiento de la persona pierde el sentido de su trabajo.

Desde este punto de vista, la motivación para dejar el consumo no es por el consumo en sí, como antes se planteaba, sino por las consecuencias nocivas que para la persona conlleva. No siempre las consecuencias negativas de las adicciones se definen desde el sufrimiento de las personas sino desde los *ideales* o *valores*, que incluso se deben imponer a la persona: el tratamiento, entonces, va a estar dirigido a cumplir con el ideal de “persona rehabilitada”, propio de la “filosofía” del tratamiento; más centrados en imponerse un “proyecto de vida” casi perfecto, que plasmaría esos ideales o valores. *Los “ideales”, en general, tienden a ocultar y, por lo tanto, a desconocer las motivaciones en la base de la adicción*. Es otro de las dificultades que presentan el modelo médico y el de comunidad terapéutica, basados en los ideales y valores “aceptados”, valores sociales propios del sentido común.

Que los factores motivacionales personales hayan sido desconocidos por los modelos tradicionales de tratamiento de adicciones no es un azar. Sylvie Le Poulichet (1988) desde el psicoanálisis lacaniano, ya había advertido: la plétora de discursos morales, humanistas, médico-legales actuales sobre la adicción trazan la figura psicosocial del «drogado», y el mundo de la adicción se ofrece como espejo a las imágenes sociales del «flagelo» y la epidemia –que también la han tenido el loco, la bruja, el homosexual–. El discurso tanto médico como social sobre las adicciones, en términos de «flagelo social»; el discurso biológico de la adicción como «dependencia», incluso el clásico discurso psicoanalítico sobre las tendencias «autodestructivas» a la base de las adicciones,⁶ etc., tienen como efecto el que el sujeto adicto no sólo no sea responsable de su problema, sino que lo *exchuyen como sujeto*. A la vez, el propio adicto asume y se asimila a esta determinación social que se le impone; hace suyo ese discurso estereotipado. Lo interesante es el *efecto* que tiene en el modo en que se orienta el abordaje a nivel del tratamiento. Se produce en relación a la adicción un marco de anonimato y de gratuidad; se apela a la «adicción» como una categoría homogénea, y la droga adquiere características individuales, por sobre los sujetos consumidores: la droga es la responsable de sus males, es la responsable tanto del flagelo social como individual. En conclusión de Le Poulichet, «esta noción de “dependencia psíquica” impide en cierto modo pensar las toxicomanías, por la fuerza de evidencia que ella ha adquirido [...] esta reducción y esta racionalización del trastorno tienden a *excluir al sujeto de su acto*» (1988, p. 22).⁷

4

Al entender la causa de las adicciones en función de lo que se denomina el «flagelo» de la droga, o a partir de explicaciones como la «dependencia», o supuestas tendencias «autodestructivas», etc., se pierde, se *ocultan* las funciones que el consumo puede estar cumpliendo para el sujeto –no sólo el consumo, sino el propio estatuto de «adicto»–. Lo que está en la base de las *motivaciones patológicas*

de la adicción, lo que da cuenta de la falta de “tocar fondo” de los adictos, de seguir dentro del estilo patológico de vida y de muchas recaídas, es la *ganancia secundaria de la adicción*.⁸

A partir de la revisión que J. Derrida (1997) hace del concepto de *phármakon*,⁹ que significa veneno y remedio, Sylvie Le Poulichet da cuenta de la función positiva, como remedio, que el consumo puede cumplir para el sujeto adicto: «Mientras que los discursos sobre “la toxicomanía” presentan a esta como una “autodestrucción”, vemos surgir la perspectiva de una operación esencialmente conservadora que protege a una forma de narcisismo» (1988, p. 69).¹⁰

Tomando casos extremos, uno se encuentra con historias de adictos que de haber logrado una adecuada situación social y laboral, terminan viviendo en la calle, perdiendo los lazos familiares y las motivaciones sociales y laborales. Revisando la historia de consumo, aparece en primer lugar que hubo un período de consumo, a veces excesivo, pero sin las consecuencias graves posteriores; el momento en que se desencadenan las sucesivas pérdidas laborales, familiares y sociales, coincide con el duelo de un ser querido, fundamental para la persona. En estos casos, el aumento de la adicción, o más precisamente, el aumento de las consecuencias negativas de la adicción depende de un duelo patológico no elaborado, que queda oculto tras la “culpa” de ser un adicto, de haber hecho tanto daño, etc. La situación “autodestructiva” en la que aparece la persona no es sino una suerte de identificación con la situación de duelo; en su “abandono” social y familiar el adicto se mantiene reviviendo en forma patológica el duelo hacia la persona amada que lo ha abandonado, se vive en su duelo como un “desecho”. Si no se elabora ese duelo patológico la persona no va a lograr superar su adicción: *las consecuencias negativas que le trae la adicción satisfacen sus motivaciones patológicas*.

Por lo tanto, en la base de una supuesta “dependencia biológica”, pueden estar presentes muchos tipos de *motivaciones patológicas* que dan cuenta realmente del aferramiento de la persona a su adicción. La condición de “culpable”, de “fracasado”, que la adicción asegura puede brindar más de una satisfacción patológica favorable. Pero estas motivaciones secundarias quedan desconocidas por imponerse un discurso, ya definido, sobre la adicción y su problema: se aluden a “tendencias autodestructivas”, y cosas semejantes, y se desconoce el hecho de que la adicción no es una falla en el funcionamiento de la persona, sino que cumple una función para el sujeto.

Ésta es una de las diferencias entre un modelo de tratamiento educativo y uno psicoterapéutico. En el primero, el síntoma se entiende como una *falla* en el funcionamiento de la persona, y que por lo tanto hay que ayudarla a corregir. El segundo modelo agrega la idea de que *el síntoma es un índice de otro problema* que está en la base, y que el síntoma permite mostrar a la vez que *ocultar* el verdadero problema, al tiempo que es una forma de darle solución. Por ello implica una “ganancia secundaria”. Por eso que el discurso médico y el de Comunidad Terapéutica le sirven tanto al adicto, y le permiten mantenerse “adicto toda la vida” –a saber, sin enfrentar sus verdaderos problemas.

Notas

1. Es llamativo que esta situación de mentiras, manipulación y trasgresión de las normas del tratamiento ocurra tanto en las adicciones como en las anorexias, bulimias y en las diabetes; pero la connotación moral a estas conductas sólo se la dan al adicto.
2. Este lugar de lo ominoso que ahora ocupa el adicto y la droga también ha sido ocupada por la locura y la sexualidad, como M. Foucault lo mostró; Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica I-II*, México: F.C.E., 2ª ed. Ver Martínez, D. y Caulier, D. (2000). Perspectivas sobre el goce, dolor y prohibición en las adicciones. *Revista ERAdicciones*, nº1: 20-30, noviembre.
3. Algo que los psicólogos no están acostumbrados a notar: cuando se entra en el dominio de las reglas y normas se entra en el dominio de lo Sagrado. Lo Sagrado no es sólo lo que tenga relación con una doctrina religiosa; “lo sagrado” es aquello, en primer término, opuesto a “lo profano”, y su diferencia está en que lo sagrado es aquello que está *prohibido*. Ver Caillois, R. (1938). *El hombre y lo sagrado*. México: F.C.E.

4. En este sentido, las intervenciones de internamiento del sujeto, el uso de “chaperones”, etc., refuerza la condición de *impotencia* del sujeto frente a su problema de adicción, manteniéndolo en un círculo –curiosamente– vicioso.
5. Esto se observa en cualquier tipo de adicción. En el tabaquismo, el diagnóstico de una enfermedad pulmonar, etc., equivalente a un “tocar fondo”, no siempre sirve como motivación a dejar el consumo; en cambio, en otros casos no se necesitan consecuencias tan graves para que la persona deje de consumir –pero sí “tocó fondo”–. Lo mismo que Marlatt, el modelo de Prochaska y DiClemente incluye, por lo tanto, el factor de la *autoeficacia* de Bandura como factor motivador para el cambio. Este ha sido un factor *desconocido* en los modelos médico y de comunidad terapéutica, favoreciendo los fracasos terapéuticos al centrarse sólo en los “daños” del consumo y la “obligación” de la abstinencia, lo que *disminuye*, paradójicamente, la creencia en la autoeficacia.
6. Ha sido tradicional la “explicación” psicoanalítica de las adicciones como expresión de una tendencia a la autodestrucción, efecto de la pulsión de muerte. Ver Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Bs. Aires: Amorrortu.
7. El énfasis es nuestro.
8. La ganancia secundaria, o «ganancia de la enfermedad», fue introducido y profundizado por S. Freud; parafraseándolo, podemos decir que el adicto *se refugia en su adicción* frente a un conflicto, obteniendo una ganancia que el mismo discurso del adicto como “víctima” de la droga lo oculta. Ver Freud, S. (1996). *Conferencias de introducción al psicoanálisis, Obras completas*, 16: 348-50. Bs. Aires: Amorrortu, 6ª reimp.
9. También A. Escohotado ha recordado esta ambivalencia del uso de la palabra *phármakon* griega, como veneno y remedio. Ver Escohotado, A. (1995). *Historia general de las drogas*, tomo 1. Madrid: Alianza, 3ª ed., pp. 139 y sigs. Para una historia de la evolución del consumo de sustancias en la era moderna, ver también Schivelbusch, W. (1995). *Historia de los estimulantes*. Barcelona: Anagrama.
10. Una idea similar plantea E. Khantzian desde el psicoanálisis norteamericano, con la hipótesis de la *automedicación*; ver D’Agnone, D. (1994). *Adicción a la cocaína*. Bs. Aires: CTM. Si bien ambos autores se centran en la adicción como una evitación del dolor, pero la tesis de Le Poulichet precisa este punto, que es la función de *excluirse* el sujeto de su acto, lo cual incluso el propio “dolor” o “flagelo” de la adicción puede reforzar. Por ello el concepto de «ganancia secundaria» resulta tan actual.

Referencias

- Caillouis, R. (1938). *El hombre y lo sagrado*. México: F.C.E.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Recaídas y Prevención de Recaídas*. Barcelona: CITRAN-FISP.
- D’Agnone, D. (1994). *Adicción a la cocaína*. Bs. Aires: CTM.
- Derrida, J. (1997). La farmacia de Platón. En Derrida, J. *La disseminación* (pp. 91-260). Madrid: Fundamentos, 7ª ed.
- Escohotado, A. (1995). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza, 3ª ed.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México: F.C.E., 2ª ed.
- Freud, S. (1996). 24ª Conferencia. El estado neurótico común. En Freud, S. *Obras completas* (Vol.16, pp. 344-356). Bs. Aires: Amorrortu.
- Gigena, D. (2000). Tendencia antisocial y adicciones. Un abordaje posible. *Revista Internet ERAdicciones*, nº7, agosto.
- Goti, E. (1990). *La Comunidad Terapéutica*. Bs. Aires: Nueva Visión.
- Le Poulichet, S. (1988). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Bs. Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Bs. Aires: Amorrortu.
- Marlatt, A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.), *Recaídas y Prevención de Recaídas* (pp. 137-159). Barcelona: CITRAN-FISP.
- Martínez, D. y Caulier, E. (2000). Perspectivas sobre el goce, dolor y prohibición en las adicciones. *Revista ERAdicciones*, nº1: 20-30, noviembre.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.), *Recaídas y Prevención de Recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: CITRAN-FISP.

PRINCIPIOS DE PSICOTERAPIA EN ADICCIONES

- Sissa, G. (1997). *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Bs. Aires: Manantial.
- Schivelbusch, W. (1995). *Historia de los estimulantes*. Barcelona: Anagrama.