

EL ENFOQUE MODULAR-TRANSFORMACIONAL DE LA PSICOPATOLOGÍA: SU APLICACIÓN AL PROBLEMA DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS.



Ingelmo, J., Ramos,
M^a I., Méndez, J.A. y
González, E.

1. INTRODUCCIÓN: los diferentes niveles psicopatológicos de la dependencia de drogas

En el presente trabajo intentaremos aplicar el enfoque modular-transformacional propuesto por Bleichmar (1996, 1997 y 1999a) al estudio de la “dependencia de drogas” (DSM-IV, 1994), tratando de esclarecer las múltiples dimensiones que se articulan para configurar el cuadro psicopatológico que es posible observar en la clínica; es decir, trataremos, en última instancia, de deconstruir la citada categoría diagnóstica, intentando mostrar las diferentes dimensiones que la configuran, así como las articulaciones y transformaciones de las mismas.

La aplicación del enfoque citado permite, en una primera aproximación, distinguir en toda dependencia de drogas dos niveles psicopatológicos claramente diferenciados, aunque íntimamente relacionados: por una parte, un nivel al que cabría denominar nivel psicopatológico común y, por otra, un nivel al que se podría denominar nivel psicopatológico específico.

Para caracterizar el nivel psicopatológico común tomaremos en consideración las aportaciones realizadas al tema que nos ocupa por la psiquiatría descriptiva (CIE-10, 1992; DSM-IV, 1994, básicamente), así como algunas aportaciones realizadas por otros autores (por ejemplo, Castilla del Pino, 1980; Cancrini, 1987; Vera, 1988). En este sentido, en el citado nivel común cabría situar, como elemento central, el deseo compulsivo de consumir, característica clínica fundamental, según la psiquiatría descriptiva, del “síndrome de dependencia” (CIE-10, 1992), a su vez núcleo clínico central de toda dependencia de drogas; deseo compulsivo de consumir que presenta una serie de particularidades que el lenguaje psiquiátrico, y también el psicoanalítico, han tratado de captar: para referirse a él se han utilizado, entre otros, los términos “deseo morbosos” (Rado, 1926 y 1933), “deseo compulsivo” (Wurmser, 1974, 1981, 1987a y 1987b; CIE-10, 1992; Hopper, 1995), “necesidad irresistible” (DSM-IV, 1994), etc. Este deseo compulsivo de consumir presenta, de acuerdo con las aportaciones reseñadas, las mismas características en todos los drogadictos, con independencia del tipo concreto de droga que consuman (alcohol, heroína, etc.) y con independencia de la motivación subyacente que impulsa el consumo. Por último, el deseo de consumir droga con sus particularidades se constituye, como han sugerido algunos autores (por ejemplo, Cancrini, 1987; Vera, 1988), a partir del “encuentro” del sujeto con la droga, ocupando una vez constituido un lugar central en la problemática del sujeto dependiente. Con anterioridad al consumo, en este nivel común, todo lo más que podría existir sería algún factor aislado, del que hablaremos más adelante, que favorecería la constitución del deseo de consumir una vez que se ha producido el contacto con la droga.

Para caracterizar el nivel psicopatológico específico tomaremos en consideración básicamente los planteamientos psicoanalíticos sobre las drogodependencias. En este sentido, en el citado nivel situaríamos, como elementos centrales, los estados emocionales y las angustias que determinan el consumo, así como las causas de esos estados emocionales y angustias. De igual manera, en el nivel específico situaríamos otra dimensión de enorme importancia: el significado inconsciente que el consumidor atribuye a su experiencia con la droga, el valor simbólico que adquiere la experiencia con la droga, que refuerza y personaliza el deseo de consumir, al dotarlo de una fantasmática inconsciente concreta y específica. Por otra parte, y teniendo

en cuenta, según plantean algunos autores (entre otros, Cancrini, 1987), que la dependencia de drogas parece asentar sobre situaciones psicológicas y familiares muy diferentes entre sí, consideramos que el nivel psicopatológico específico es diferente de unos drogadictos a otros. A diferencia del nivel común, el nivel específico, al menos en parte, existe con anterioridad al consumo de la droga, y el sujeto lo habrá encarado de múltiples maneras en los tiempos anteriores al consumo. Sólo el significado atribuido a la experiencia con la droga es posterior al consumo de la misma, aunque este significado está íntimamente relacionado con la problemática que inició el consumo. Por último, según muestran los trabajos que analizan el fenómeno de la elección de droga (Wieder y Kaplan, 1969; Milkman y Frosch, 1973; Khantzian, 1975 y 1985; González de Rivera, 1980 y 1993; Khantzian et al., 1990), en este nivel específico parece existir una relación entre el tipo concreto de sufrimiento presentado por el consumidor y el tipo de droga elegida para ser consumida¹.

Esta manera de enfocar la dependencia de drogas presenta ventajas importantes, tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista práctico. Desde una perspectiva teórica, el distinguir diferentes niveles permite situar adecuadamente las aportaciones realizadas por los distintos autores que, tanto desde el punto de vista de la psiquiatría como del psicoanálisis, se han ocupado del estudio de la dependencia de drogas, posibilitando, de esta manera, una comprensión más acabada de la compleja problemática de las mismas. En este sentido, cabría decir que no sólo las aportaciones psiquiátricas hacen referencia, aunque sea de forma implícita, al nivel común de la dependencia de drogas, sino que también hacen referencia a él algunas aportaciones psicoanalíticas. Por ejemplo, los planteamientos de Rado (1933) en torno a que las diversas drogodependencias (“farmacotimia” o “afición a las drogas” en su terminología) constituyen “una sola enfermedad”, caracterizada por la existencia de un “deseo morboso” de consumir droga. En el mismo sentido, podríamos entender las aportaciones de los autores que consideran que el deseo compulsivo de consumir, al presentar unas características concretas (perentoriedad, imperiosidad, compulsividad, entre otras), debe ser considerado como una manifestación clínica en sí misma (por ejemplo, Wurmser, 1974 y 1981; Peele y Brodsky, 1975; Khantzian, 1986; Khantzian et al., 1990). Por último, también podríamos entender en el mismo sentido las aportaciones de los autores que sostienen que la dependencia de drogas es “una enfermedad primaria”, por lo que es necesario tratarla en primer lugar, y sólo una vez encarada de forma adecuada cabe plantearse el tratamiento del “trastorno acompañante” (Brickman, 1988, Guimón, 1989, entre otros).

Sin embargo, la mayoría de las aportaciones psicoanalíticas sobre la dependencia de drogas hacen referencia a cuestiones relacionadas con el nivel específico. Una gran parte de la bibliografía intenta precisar los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, con independencia de que conceptualicen la dependencia de drogas, siguiendo algunas sugerencias de Freud (por ejemplo, 1897, 1905, 1912 y 1928), como una satisfacción sustitutiva de deseos inconscientes de tipo sexual y/o agresivo (entre otros, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Rado, 1926 y 1933; Simmel, 1929; Glover, 1932; Lorand, 1948; Fenichel, 1945; Hopper, 1995), o que la conceptualicen, siguiendo los planteamientos de Freud en *El malestar en la cultura* (1930), como una defensa frente a estados de sufrimiento psicológico (por ejemplo, Rosenfeld, 1960 y 1964; Little, 1966; Yorke, 1970; Kohut, 1971; Kernberg, 1975 y 1991; Berthelsdorf, 1976; Wurmser, 1974 y 1981; Khantzian, 1975, 1985 y 1986; etc.). Asimismo, la bibliografía psicoanalítica intenta esclarecer las causas de los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, ya aborden el tema de la génesis desde el punto de vista del conflicto intrapsíquico (por ejemplo, Glover, 1932; Rado, 1933; Fenichel, 1945, Rosenfeld, 1960 y 1964, Kernberg, 1975 y 1991, etc.), ya lo aborden desde la perspectiva del déficit estructural (por ejemplo, Kohut, 1971, Wurmser, 1974 y 1984; Peele y Brodsky, 1975; Blatt et al., 1984; Khantzian, 1986; Khantzian et al., 1990). Por último, la bibliografía psicoanalítica también se ocupa de precisar el significado inconsciente que la experiencia con la droga tiene para el consumidor (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Rado, 1926; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Hopper, 1995), proponiendo significados diferentes según la orientación teórica del autor.

Desde un punto de vista clínico, la distinción establecida entre un nivel común y un nivel específico permite, por una parte, entender en toda su amplitud psicopatológica el consumo de drogas y, por otra, establecer el lugar que ocupan los diferentes abordajes terapéuticos de las drogodependencias. En relación con la comprensión psicopatológica del consumo de drogas, el diferenciar distintos niveles posibilita poner

en claro uno de los mitos mayores del psicoanálisis de las drogodependencias: el consumo de drogas es siempre un síntoma, nunca un problema primario, debido a lo cual el deseo de consumir desaparecerá mediante la comprensión analítica, no siendo, por tanto, necesario un tratamiento específico del mismo. Mito, que, en ocasiones, se acompaña de un añadido sumamente peligroso: si la psicoterapia psicoanalítica resuelve los problemas del paciente, éste podrá volver a consumir, ahora con todas las seguridades. En este sentido, el diferenciar dos niveles permite considerar el deseo de consumir drogas, por una parte, como un síntoma en el sentido más psicoanalítico del término (desde el nivel específico) y, por otra, como un problema primario o, al menos, como un problema en sí mismo, como una forma compulsiva bajo la cual se vive el deseo (desde el nivel común), y, por tanto, plantearse el abordaje terapéutico del mismo desde la perspectiva de estos dos niveles.

En relación con los diferentes tratamientos de la dependencia de drogas, el diferenciar distintos niveles hace posible situar estos tratamientos en el lugar adecuado. Desde esta perspectiva, podríamos decir que los abordajes centrados en la desintoxicación o en los programas de mantenimiento pretenden actuar sobre el nivel psicopatológico común, intentando, mediante el recurso a ciertos fármacos y a ciertas técnicas psicológicas, modificar las condiciones biológicas y psicológicas creadas por la droga, para de esta manera conseguir un cierto grado de control sobre el deseo compulsivo de consumir. Por su parte, el abordaje estrictamente psicoanalítico de la dependencia de drogas se sitúa en el nivel psicopatológico específico intentando modificar las causas de los estados de sufrimiento que determinan el consumo. De todas formas, según se desprende de los trabajos, escasos por el momento, que analizan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de las drogodependencias (por ejemplo, Simmel, 1929; Fenichel, 1945; Wurmser, 1987a y 1987b; Woody et al., 1986; Brickman, 1988; Dodes, 1988; Guimón, 1989; Frances y Miller, 1991; Frances et al., 1997), pareciera que el tratamiento psicoanalítico, para que resulte eficaz, debe realizarse siempre después de haberse conseguido la abstinencia del paciente o, en todo caso, realizarse combinado con los tratamientos encaminados a conseguir la supresión del consumo.

2. EL NIVEL COMÚN DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS: el deseo compulsivo de consumir droga.

Como ya hemos señalado al comienzo del trabajo, las aportaciones realizadas a la cuestión del consumo dependiente de drogas, tanto desde la perspectiva psicoanalítica (entre otros, Rado, 1933; Wurmser, 1974 y 1981; Khantzian, 1975 y 1986; Peele y Brodsky, 1975; Khantzian et al., 1990), como desde el punto de vista psiquiátrico (por ejemplo, Castilla del Pino, 1980; Alonso-Fernández, 1981; CIE-10; DSM-IV, 1994), nos pueden servir de punto de partida para establecer las características básicas del nivel psicopatológico común de la dependencia de drogas.

Ahora bien, desde el punto de vista de una psicopatología modular-transformacional, no sólo interesa establecer que el deseo compulsivo de consumir es el elemento central del nivel psicopatológico común, sino que también interesa poner en claro cómo se constituye ese deseo de consumir; es decir, interesa sobre todo establecer los procesos que se ponen en juego para que ese deseo de consumir se constituya como tal.

Ya hemos apuntado, siguiendo los planteamientos de algunos autores (entre otros, Cancrini, 1987; Vera, 1988), que el deseo de consumir surge de la experiencia que el consumidor tiene con la droga², entre otras razones, porque, en la actualidad, se acepta de forma mayoritaria por todas las corrientes psiquiátricas y psicológicas que no existe un perfil de personalidad previo vinculado a la dependencia de drogas; en todo caso, y según plantea la psicología cognitiva, podría existir algún factor aislado que facilitaría su desarrollo una vez que el sujeto ha entrado en contacto con la droga, como podría ser la tendencia a mostrar comportamientos impulsivos como forma de enfrentarse a los estados emocionales que se perciben como intolerables (entre otros, O'Donnell et. al., 1996; Herpetz et. al., 1997; Steel y Blaszczynski, 1998).

¿Cómo enfocar el estudio de la experiencia con la droga, con la finalidad de dar cuenta de la constitución del deseo de consumir? En nuestra opinión, habría que considerar que la experiencia con la droga no presenta una única dimensión. Por el contrario, si tenemos en cuenta la distinción establecida por Szazs (1990) entre “aspectos químicos” y “aspectos ceremoniales” del consumo de drogas, podríamos pensar que es posible diferenciar, cuando menos, dos dimensiones, que conviene estudiar por separado.

Por una parte, una dimensión derivada del contacto entre el sujeto y la droga en sí misma (es decir,

en su estructura química y, por tanto, en sus efectos farmacológicos, ya sean inmediatos o de estado), en la que lo fundamental serían los cambios biológicos (sobre todo, bioquímicos) que la droga induce, así como las influencias que estos cambios biológicos tienen sobre el funcionamiento del psiquismo del sujeto consumidor. Por otra parte, una dimensión derivada del contacto del consumidor con lo que podríamos denominar “contexto drogado”³, que aludiría a los modos que una determinada cultura tiene de entender el fenómeno de la droga y de la drogadicción, y que serán usados por el consumidor para dar cuenta de su propia experiencia con la droga. En términos más psicoanalíticos, y de acuerdo con los planteamientos de Laplanche (1987 y 1990), podríamos decir que todo consumidor de drogas tiene que confrontar una serie de discursos preexistentes sobre la droga y la drogadicción; discursos, tanto cognitivos como afectivos, que todo drogadicto tiene que captar y que dejan su impronta sobre el deseo de consumir haciendo que este deseo tenga similares características en todos los drogadictos, aunque cada drogadicto posea siempre un cierto margen de libertad personal a la hora de construir para sí mismo esos discursos previos, configurando, de esta manera, un deseo de consumir que, al mismo tiempo, es general y personal.

2.1. La relación del sujeto con la droga: la constitución del deseo de consumir

La constitución del deseo de consumir droga ha sido abordada por la psiquiatría clínica y por el psicoanálisis, así como por otras orientaciones psicológicas (entre otras, por la psicología de la conducta). Por ejemplo, el DSM-IV (APA, 1994), considera que la droga en sí misma, por su estructura química, es el agente productor de la dependencia en función de las modificaciones biológicas que induce, aunque en sus planteamientos no toma en consideración la situación psíquica del sujeto en el momento del consumo, ni especifica adecuadamente los cambios que en el funcionamiento psíquico provocan las modificaciones biológicas. Por su parte, el psicoanálisis, con independencia de la orientación teórica del autor, considera, en términos generales, que el sujeto es el agente productor de la dependencia en función del significado inconsciente que atribuye a la experiencia con la droga (entre otros, Abraham, 1908 y 1916; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971), dejando a un lado generalmente los cambios biológicos inducidos por la droga consumida y las repercusiones de estos cambios sobre el funcionamiento psíquico.

¿Cómo entender, desde el enfoque modular-transformacional, la constitución del deseo de consumir, característica central del nivel psicopatológico común? Para plantear de forma clara la constitución de dicho deseo, nos parece necesario, como punto de partida, tomar en consideración lo que la clínica de la dependencia de drogas nos enseña. En este sentido, si tomamos en consideración lo que los drogadictos nos dicen y lo que los drogadictos hacen, podríamos, desde un punto de vista estrictamente descriptivo, distinguir, en el proceso de constitución del deseo de consumir droga, dos momentos claramente diferenciados.

Disminución del displacer y/o búsqueda del placer.

En un primer momento, la droga, desde el comienzo mismo del consumo, determina, de forma casi inmediata (aunque la rapidez de acción depende de la vía de administración), la desaparición del sufrimiento específico que pudiera existir previamente, provocando, al mismo tiempo, la aparición de un estado de placer, que no es mero alivio del sufrimiento previo, sino que tiene también una dimensión claramente placentera. Nos estamos refiriendo a la experiencia que los drogadictos denominan “flash” y que, según ellos, recuerda, en parte, al orgasmo y, en parte, a la experiencia mística, y cuyas representaciones, en estos momentos iniciales del consumo, están temáticamente relacionadas con las representaciones del sufrimiento específico inicial: por ejemplo, fantasías de poder o de éxito en los sujetos con sentimientos de inferioridad y/o vergüenza (Wurmser, 1984; Lewis, 1987). Según todas las evidencias clínicas, este placer inicial tiene mayor importancia, de cara a la continuación del consumo (y, por tanto, de cara a la constitución del deseo de consumir), que el alivio del sufrimiento específico que existía previamente, aunque, evidentemente, este aspecto de alivio del sufrimiento también interviene como motor del consumo posterior⁴. En esta línea, Rado (1933) afirma que “si la sustancia y la dosis fueron bien elegidas, el primer efecto farmacogénico placentero es por lo general el acontecimiento más impresionante de esta clase en todo el curso de la enfermedad” (p. 76). Por su parte, Thomas De Quincey (1821), en *Confesiones de un inglés comedor de opio*, relato autobiográfico de sus experiencias con esta sustancia, escribió en relación con sus primeras

experiencias: “que mis dolores hubieran desaparecido resultaba ahora banal a mis ojos: este efecto negativo se había absorbido en la inmensidad de los efectos positivos que se abrían ante mí, en el abismo del divino deleite que así de súbito se revelaba. (...) éste era el secreto de la felicidad, del que los filósofos habían discutido durante tantos siglos, por fin descubierto”(p. 143).

En un segundo momento, el consumo de drogas que, en parte, pudo haber sido utilizado para aliviar sufrimientos concretos y específicos, comienza a ser usado para hacer frente a cualquier tipo de sufrimiento que el consumidor pudiera tener (incluso frente a los sufrimientos producidos por el propio consumo). Algo similar ocurre con el aspecto placentero del consumo de drogas. El consumo de drogas que era usado para obtener estados de placer relacionados temáticamente con el sufrimiento que inició el consumo, comienza a ser utilizado siempre que el sujeto desea obtener algún tipo de placer, abandonando, en aras del consumo, las actividades concretas que permiten satisfacer los diferentes tipos de deseos. Está búsqueda activa de un estado placentero (o de incremento de un estado ya existente), y no la mera desaparición del displacer, es la que determina que algunos sujetos recaigan en el consumo de drogas en los momentos de euforia: el estado placentero existente en un momento determinado reactiva (memoria afectiva) las experiencias de placer, entre otras, y de manera especial, la conseguida a través del consumo de la droga.

¿Cómo explicar, desde una psicopatología psicoanalítica modular-transformacional, la situación clínica descrita, que, al menos en nuestra experiencia, es posible observar en todos los drogadictos (con independencia de la droga usada y de las razones específicas para el uso)? En otras palabras, ¿cómo se constituye el deseo de consumir, teniendo en cuenta, por una parte, la situación psíquica del sujeto en el momento del consumo (tanto la situación consciente como la inconsciente) y, por otra, los efectos de la droga sobre el organismo, así como las repercusiones de esos efectos sobre el funcionamiento psíquico del consumidor (tanto en el nivel consciente como en el nivel inconsciente)? Dicho de otro modo, ¿qué ocurre, tanto en la conciencia como en el inconsciente, cuando un sujeto, con una situación psíquica concreta (es decir, con un estado consciente e inconsciente de sufrimiento específico), consume por primera vez una droga concreta (es decir, una sustancia con una actividad específica sobre sistema nervioso central)⁵?

En el primer momento señalado, y de acuerdo con lo planteado por algunos autores (entre otros, Rof Carballo, 1971 y 1975; Tizón, 1997; Bleichmar, 1999b y 1999c), podría decirse que, en función de las modificaciones biológicas que induce de forma inmediata (fundamentalmente, en el ámbito de la neurotransmisión) y de los efectos de esos cambios sobre el funcionamiento psíquico, la droga hace desaparecer las representaciones displacenteras, tanto conscientes como inconscientes, que pudieran existir en el consumidor, y que, obviamente, tendrán un contenido temático concreto y específico, diferente de un consumidor a otro en función del sistema motivacional que está implicado de forma predominante en la determinación del consumo⁶. Al mismo tiempo, los citados cambios biológicos, provocan la aparición de un estado de placer, determinado por la activación de ciertas representaciones placenteras, tanto conscientes como inconscientes, que, obviamente, en este primer momento, están relacionadas temáticamente con las representaciones causantes del sufrimiento inicial, y son diferentes de un consumidor a otro en función del sistema motivacional que está en juego en el consumo.

Pero no sólo las modificaciones biológicas inmediatas, diferentes de unas drogas a otras, son capaces de activar representaciones placenteras, sino que también parece, según sugieren algunos autores (por ejemplo, Rof Carballo, 1971 y 1975; Tizón, 1997; Bleichmar, 1997, 1999b y 1999c), que puede ocurrir lo contrario: que las representaciones placenteras (por el hecho de ser placenteras y con independencia de la forma concreta que adopten en cada sujeto consumidor) activen ciertos sistemas de neurotransmisión (básicamente, el dopaminérgico, implicado en la activación de los sistemas de recompensa situados en el sistema límbico), contribuyendo, de esta manera, al establecimiento de los cambios biológicos de estado⁷.

En este primer momento, y en base a lo dicho, podría decirse que la experiencia con la droga parece tener una propiedad básica: un sufrimiento específico, derivado de las perturbaciones en un sistema motivacional concreto, se calma mediante el consumo de una droga, surgiendo en su lugar un estado de placer relacionado temáticamente con el sufrimiento inicial y, por tanto, relacionado con el sistema motivacional concreto que generó el consumo. Sin embargo, como ya señalamos, esta relación específica entre el sufrimiento previo y el placer provocado por la droga se pierde muy rápidamente, apareciendo, en un segundo momento,

la utilización del consumo de la droga como medio para aliviar cualquier sufrimiento y para conseguir cualquier placer. ¿Qué ha ocurrido en el nivel de lo psicológico, desde el punto de vista del enfoque modular-transformacional, para que una experiencia que comienza siendo específica acabe siendo inespecífica⁸? ¿Qué procesos psíquicos se ponen en marcha a partir de las experiencias específicas iniciales provocadas por la droga, y ligadas a un determinado sistema motivacional? De acuerdo con lo planteado por Bleichmar (1999d), cabría pensar que a partir de esta experiencia inicial con la droga se ponen en marcha dos procesos psíquicos diferentes, aunque relacionados: por una parte, un fenómeno de “difusión” de la experiencia con la droga desde el sistema motivacional que inició el consumo al resto de los sistemas motivacionales del consumidor y, por otra, un fenómeno de “utilización defensiva” de la experiencia con la droga por parte del sujeto consumidor.

El fenómeno de “difusión” de la experiencia con la droga desde el sistema motivacional en el que se sitúa la problemática que inició el consumo al resto de los sistemas motivacionales del consumidor, es consecuencia, según Bleichmar (1999d), de las leyes que regulan el funcionamiento psíquico: es decir, de “los efectos que unas representaciones (..) producen en otras representaciones”, obviamente, sin que esos efectos hayan sido buscados por el consumidor de drogas. En otros términos, el fenómeno de “difusión”, y de ahí precisamente que Bleichmar (1999d) lo denomine “difusión/transformación”, surge de las “transformaciones que el funcionamiento de un sistema motivacional va determinando en los otros”, como consecuencia de las articulaciones que se van produciendo entre ellos en el funcionar del psiquismo.

El fenómeno de la “utilización defensiva” de la experiencia con la droga aludiría, de acuerdo con Bleichmar (1999d), a un proceso psíquico diferente: el estado placentero, tanto consciente como inconsciente, que surge con ocasión del consumo es utilizado por el sujeto con la finalidad de contrarrestar el estado de sufrimiento, tanto consciente como inconsciente, que pudiera existir en él. En este sentido, el consumo de drogas se podría incluir dentro de las denominadas por Bleichmar (1997) “experiencias de satisfacción compensatoria”. Se trata, según este autor, de un conjunto de comportamientos (entre otros, consumo de drogas, atracones bulímicos, sexualidad compulsiva, autolesiones, conductas de riesgo, etc.) que cuando son realizados provocan de forma casi inmediata un estado de placer, y que son activados cuando el sujeto se encuentra bajo los efectos de un estado de sufrimiento, tanto consciente como inconsciente⁹.

El consumo de drogas, en tanto que “experiencia de satisfacción compensatoria”, podría considerarse, en los primeros momentos del mismo, como una defensa específica: es decir, frente a una situación de sufrimiento determinada el sujeto recurre a una actividad concreta (consumo de drogas) que le provoca de inmediato un placer, temáticamente relacionado con el sufrimiento inicial. Sin embargo, esta especificidad se acaba perdiendo de forma muy rápida, debido, entre otros factores, al proceso de “difusión/transformación” (Bleichmar, 1999d), que hace posible que la experiencia con la droga quede ligada a diversos sistemas motivacionales, diferentes del sistema que inició el consumo.

Debido, precisamente, a esta pérdida de especificidad, el consumo de drogas (en tanto que “experiencia de satisfacción compensatoria”) acaba, según Bleichmar (1981), funcionando como una especie de estructura automática: es decir, el consumo de drogas acaba siendo activado por cualquier tipo de sufrimiento y siguiendo, de forma más o menos fija, una serie de pasos establecidos. En este sentido, Bleichmar (1981) apunta que llega un momento en que la “relación entre la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa no es de conexión asociativa entre dos temas definidos, sino entre dos estructuras, de modo tal que el displacer de una pone en acción la búsqueda del placer de la otra” (p. 171). De este modo, el consumo de la droga termina constituyéndose en un “verdadero punto de fijación al que se retorna” (p. 172) cada vez que el sujeto sufra o cada vez que desee obtener placer.

Sin embargo, en la constitución del deseo de consumir no sólo interviene la relación del sujeto con la droga, sino que también interviene, en nuestra opinión, la relación del sujeto con el “contexto drogado”, y no sólo porque la capacidad de la droga para aliviar los sufrimientos y producir placer pueda estar potenciada desde la ideología que toda droga genera. En el mundo de la droga, en el “contexto drogado”, existe, entre otras cuestiones, una idea, que generalmente no se corresponde con la realidad, sobre la peligrosidad del síndrome de abstinencia, una creencia sobre lo terrible que éste puede llegar a ser; creencia en torno al síndrome de abstinencia que es, como diría Laplanche (1990), “implantada” en la mente de los consumidores

y que éstos acaban procesando y construyendo para sí mismos. De ahí, precisamente, el temor que existe en todo consumidor de drogas, con independencia de que haya sufrido o no un síndrome de abstinencia, ante la posibilidad de padecerlo, y que actúa como reforzador del consumo.

2.2. La relación del sujeto con el “contexto drogado”: la constitución del sistema codificador del deseo de consumir

¿En qué consiste la anomalía, la patología, del deseo de consumir droga? Para precisar las particularidades del deseo de consumir propio de la dependencia de drogas, se han utilizado diferentes enfoques. Por ejemplo, algunos autores (entre ellos, Castilla del Pino, 1980) han considerado que la peculiaridad de la conducta dependiente, la patología de la misma radicaría en la actitud con la que el sujeto consume la droga, en la actitud que subyace a la conducta de consumir droga, con independencia de la cuantía del consumo y con independencia de la frecuencia del mismo. Desde esta perspectiva, el consumo de drogas debería considerarse patológico cuando el sujeto, a través de los efectos de la droga, pretende modificar una situación psíquica que le resulta penosa y que según él no puede cambiar desde las coordenadas que componen sus posibilidades de acción. Por el contrario, la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (APA, 1994) consideran que para establecer los rasgos propios del deseo de consumir droga es necesario un enfoque más objetivo, centrado en los síntomas que muestra el sujeto consumidor, que serían la expresión clínica del deseo de consumir. En este sentido, la peculiaridad de la conducta dependiente, la patología de la misma habría que buscarla en la morfología que ésta adopta, en el “patrón de consumo” mostrado por el sujeto consumidor. Desde esta perspectiva, el consumo de drogas puede considerarse patológico cuando, como señala el DSM-IV (APA, 1994), la necesidad de consumir aparece como irresistible, el sujeto consume droga en grandes cantidades, con una gran frecuencia, dedica la mayor parte de su tiempo a conseguir la droga, consumirla y recuperarse de sus efectos, produciéndose modificaciones importantes en el comportamiento personal, laboral y social del sujeto.

¿Cómo entender, desde el enfoque modular-transformacional de la psicopatología, la anomalía, la patología, del deseo de consumir droga? Desde esta perspectiva, la consideración como patológico del deseo de consumir debería tener en cuenta, además de las señaladas (intencionalidad y expresión conductual), otras dimensiones de dicho deseo. En este sentido, a la hora de establecer la patología del deseo de consumir droga es fundamental, de acuerdo con Bleichmar (1997), tener también en cuenta el “sistema de significaciones” bajo el cual el drogadicto codifica su propio deseo de consumir; sistema de codificación del deseo de consumir droga que, más allá de las características objetivas del deseo de consumir, determinará cómo el sujeto lo interpretará y cómo reaccionará ante él. En la forma en que el drogadicto interpreta y reacciona ante su propio deseo de consumir droga, creemos encontrar una serie de rasgos comunes a todos los drogadictos; rasgos que, en nuestra opinión, deberían esclarecerse, entre otras razones, porque es necesario tenerlos en cuenta a la hora de establecer qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas son las más pertinentes en este nivel psicopatológico común.

Cada sujeto utiliza, como ha señalado Bleichmar (1997), formas prevalentes, estructurales, de interpretar y reaccionar ante sus diversos deseos, que dependen de la biografía del mismo, y que el sujeto consumidor aplicará con toda seguridad al deseo de consumir. Pero, el hecho de vivir experiencias concretas en el mundo de la droga (relaciones dentro del grupo de drogadictos, ideología que acompaña al consumo de la droga, imagen de la droga y del drogadicto en el imaginario social, etc.), posibilita que el deseo de consumir quede asociado en todos los drogadictos a una determinada y concreta modalidad de codificación. De acuerdo con Bleichmar (1997), este sistema codificador del deseo de consumir aludiría, cuando menos, a los siguientes aspectos: forma en que el sujeto consumidor se representa el deseo de consumir y forma en que el sujeto consumidor se representa a sí mismo en el momento de sentir la presión del deseo de consumir.

La representación del self ante la emergencia del deseo de consumir

¿Cómo se representa el drogadicto el deseo de consumir droga? La clínica muestra que todos los drogadictos consideran que el deseo de consumir tiene una intensidad enorme, entendiéndolo por ello que es imposible luchar contra él. El deseo de consumir tiene siempre un carácter de urgencia, por lo que es

necesario ceder ante él de inmediato, incluso al margen de la adaptación a la realidad. ¿De qué depende esta forma de interpretar el deseo de consumir droga? Sin olvidar la importancia que las modificaciones biológicas provocadas por la droga tienen en la determinación de las características del deseo de consumir, creemos que las características del mismo dependen en gran parte de la forma en que es interpretado por el consumidor; forma de interpretar el deseo de consumir que está muy relacionada con los sistemas de codificación construidos en la relación del sujeto con el “contexto drogado”, entre otras razones, porque la familia del drogadicto e, incluso, el personal sanitario que lo atiende también participan de esta interpretación.

¿Cómo se representa a sí mismo el drogadicto cuando siente la presión del deseo de consumir, cómo se siente el sujeto consumidor ante el deseo de consumir? En los momentos que surge la presión del deseo de consumir, la clínica nos muestra, que la totalidad de los drogadictos, con independencia de la droga consumida y de los motivos que tengan para su consumo, se consideran incapaces de hacer frente al deseo de consumir, se consideran impotentes para controlarlo. Si aceptamos, como propone Bleichmar (1999d), la existencia de una “organización modular del *self*”, la existencia en todo sujeto de diversas representaciones del mismo, podría decirse que en los momentos en que surge el deseo de consumir se activa en todos los drogadictos una particular representación del *self* marcada por la impotencia y la incapacidad en el ámbito concreto y específico de las capacidades que el sujeto considera que tiene para controlar el deseo de consumir droga.

¿Cómo se origina esa representación de sí mismos que, en nuestra opinión, presentan todos los drogadictos en relación con el deseo de consumir? o, en otros términos, ¿cómo se genera el sentimiento de impotencia e incapacidad para controlar el deseo de consumir droga? Al estar moviéndonos en el nivel psicopatológico común, dicha representación del *self* no estaría determinada por los diversos avatares de la historia individual (aunque, desde la perspectiva del nivel psicopatológico específico, esos avatares sí influirían), sino que estaría determinada por la imagen que del drogadicto, como un sujeto carente de recursos personales para hacer frente al deseo de consumir, existe en el imaginario social y que, como ya apuntábamos, cada drogadicto capta y construye para sí mismo. De ahí, precisamente, que el sujeto consumidor acabe considerando que él no podrá aguantar la presión del deseo de consumir; consideración que acaba constituyéndose en una condición del psiquismo del consumidor.

3. EL NIVEL ESPECÍFICO DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS: las causas del deseo de consumir droga y el significado de la experiencia con la droga

¿Cómo entender, desde un enfoque modular-transformacional, el nivel específico de la dependencia de drogas? Desde esta perspectiva, en dicho nivel habría que situar, como ya hemos indicado, las múltiples causas del sufrimiento psíquico que están en la base del deseo de consumir droga. Asimismo, y como también hemos señalado, en el nivel específico tendríamos que situar la problemática del significado inconsciente atribuido por el consumidor a la experiencia con la droga.

Las cuestiones que son necesarias abordar en el nivel psicopatológico específico han sido ampliamente tratadas en la bibliografía psicoanalítica sobre el tema. Pero, aunque las aportaciones realizadas por los diferentes autores son de una gran importancia para la comprensión de las drogodependencias, parece necesario hacer algunas matizaciones con objeto de situarlas adecuadamente. Precisamente, una de las ventajas del enfoque modular-transformacional, como ha señalado Bleichmar (1996 y 1997), es que permite integrar en una visión más abarcativa los conocimientos existentes sobre un trastorno determinado, y sortear uno de los grandes peligros, al que se han referido numerosos autores (por ejemplo, Mitchell, 1983; Perry et al., 1987; Bleichmar, 1996 y 1997), de la teorización psicoanalítica, tanto de la dependencia de drogas como de cualquier otro trastorno mental: la tendencia al reduccionismo que muestran casi todos los autores, que pretenden explicar a partir de una única teoría la totalidad de los casos que la clínica les aporta.

3.1. Las causas del deseo de consumir droga

En relación con las causas del sufrimiento psíquico que determina el consumo dependiente de drogas, y tomando como referencia la bibliografía psicoanalítica consultada, consideramos necesario precisar una serie de puntos que nos parecen del máximo interés desde el punto de vista del enfoque modular-transformacional

de esta patología. En primer lugar, habría que establecer los diferentes tipos de sufrimiento sobre los que se puede construir el deseo de consumir droga. En segundo lugar, habría que precisar las diversas condiciones de génesis de ese sufrimiento psíquico, causante, en última instancia, del deseo de consumir.

¿Qué nos muestra la bibliografía psicoanalítica sobre el contenido temático del sufrimiento psíquico que está en la base del deseo de consumir droga? Algunos autores describen angustias relacionadas con los deseos sexuales y/o con los deseos agresivos (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Rado, 1926; Simmel, 1929; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Lorand, 1948; Kernberg, 1975; Hopper, 1995, etc.). Otros autores, por su parte, consideran que son las ansiedades de tipo narcisista las que están en la base del consumo de drogas (entre otros, Rado, 1993, Fenichel, 1945; Kohut, 1971; Wurmser, 1974 y 1984; Kohut y Wolf, 1978; Krystal, 1982; Khantzian y Mack, 1983; Luborsky, 1984; Klerman et al., 1984; Meissner, 1986; Khantzian, 1987a y 1987b; Lewis, 1987; Dodes, 1990; Kernberg, 1991). Otros autores hablan de ansiedades persecutorias (por ejemplo, Glover, 1932; Rosenfeld, 1960, etc.), de sufrimientos de tipo depresivo (entre otros, Simmel, 1929; Glover, 1932; Rado, 1933; Rosenfeld, 1960, etc.), de ansiedades de separación (por ejemplo, Krystal y Rafkin, 1970; Stanton y Todd, 1982), etc. Ahora bien, si tomamos en consideración las aportaciones de cada uno de los autores por separado, la bibliografía nos muestra que la mayoría de los autores, con algunas excepciones (por ejemplo, Kohut y Wolf, 1978 y Kernberg, 1991, que identifican subtipos clínicos según los sentimientos predominantes), caen en el reduccionismo al que aludíamos hace un momento, planteando que en la base del consumo dependiente de drogas existe un tipo concreto y específico de sufrimiento psíquico, que, además, es considerado como el único capaz de generar este tipo de patología.

Sin embargo, la dependencia de drogas, a diferencia de lo que sostiene cada autor, no asienta sobre un único tipo de sufrimiento psíquico; por el contrario, parece asentar, como la clínica muestra reiteradamente, sobre sufrimientos psíquicos de muy diverso tipo, y muy diferentes de unos pacientes a otros. En última instancia, y siguiendo a Bleichmar (1999a) en sus planteamientos sobre los diversos sistemas motivacionales, podría decirse que la dependencia de drogas puede asentar sobre el sufrimiento generado por los deseos y angustias de cualquiera de los sistemas motivacionales que activan el funcionamiento del psiquismo: deseos y ansiedades narcisistas, deseos y ansiedades del sistema sensual-sexual, deseos y ansiedades del apego, deseos y ansiedades del sistema hetero-autoconservativo, deseos y ansiedades relacionados con la regulación psicobiológica, etc.

Para algunos autores el sufrimiento está causado por un conflicto intrapsíquico, que sigue las líneas maestras establecidas por Freud o las postuladas por Klein (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1991b; Glover, 1932; Rado, 1933; Fenichel, 1945, Lorand, 19848; Rosenfeld, 1960 y 1964, Kernberg, 1975, Hopper, 1995, etc.). Otros autores, consideran que el sufrimiento psíquico es consecuencia de un déficit estructural o de un déficit del desarrollo (Krystal y Rafkin, 1970; Kohut, 1971, Wurmser, 1974 y 1984; Kohut y Wolf, 1978; Krystal, 1982; McDougall, 1984; Khantzian, 1986; Meissner, 1986; Lewis, 1987; Bean-Bayog, 1988; Dodes, 1990; Rosenfeld, 1960 y 1964; Khantzian et al., 1990, entre otros). Por último, están quienes sostienen que el sufrimiento psíquico surge básicamente de los conflictos interpersonales del sujeto consumidor (por ejemplo, Blatt et al., 1984; Luborsky, 1984; Klerman et al., 1984).

De cara a la realización de una psicoterapia que pretenda ser específica es, obvio, que el terapeuta deberá precisar adecuadamente las causas del sufrimiento presentado por el paciente, como ha señalado reiteradamente Bleichmar (entre otros, 1994, 1996, 1997 y 1999a). Por ejemplo, el consumo dependiente de drogas, como han señalado, entre otros, Wurmser (1984) y Lewis (1987), y como puede observarse en la clínica con gran frecuencia, puede estar determinado por ansiedades narcisistas - sentimientos de inferioridad y/o sentimientos de vergüenza- que se intentan compensar mediante los efectos producidos por la droga. En estos casos, si se sigue un enfoque modular-transformacional de la psicopatología, además de precisar el tipo concreto de ansiedad que está en la base del deseo de consumir, el terapeuta tendría que preguntarse por las causas concretas y específicas que determinaron la patología narcisista responsable de esos sentimientos de inferioridad y/o vergüenza. Es decir, se tendrá que esclarecer si la causa de esos sentimientos radica, por ejemplo, en que el paciente tiene una imagen de sí mismo excesivamente valorizada, que hace que la más mínima frustración narcisista origine los citados sentimientos. Asimismo, el terapeuta tendría que preguntarse por las causas que determinaron que el paciente posea una imagen de sí mismo

de esas características: por ejemplo, y siguiendo los planteamientos de Bleichmar (1997) en torno a los trastornos narcisistas, ¿nos encontraríamos ante una identificación con la grandiosidad de los padres y/o se trataría de una identificación a la imagen grandiosa transmitida por el discurso de los padres? O, por el contrario, el terapeuta tendrá que determinar si los sentimientos de inferioridad y vergüenza se deben más bien a que el paciente tiene una imagen de sí mismo desvalorizada. Si considera que tal imagen desvalorizada es la causa del sufrimiento, tendrá que preguntarse por el origen de la misma: por ejemplo, y siguiendo lo planteado por Kohut (1971), ¿es consecuencia de una falta de espejularización positiva y/o de una falta de una imagen parental valorizada con la cual identificarse? En otros casos, los sentimientos de inferioridad y vergüenza dependerán también de que el paciente no pudo construir una imagen valorizada de sí mismo, pero las causas de esta imagen desvalorizada habrá que buscarlas, por ejemplo, en los conflictos edípicos (entre otros, Spruiell, 1974), en los conflictos objetales más tempranos (Kernberg, 1975 y 1991), etc.

Al ejemplificar las causas del sufrimiento que está en la base del consumo, nos hemos centrado sobre todo en la patología narcisista (ya sea por conflicto, por déficit, o por una articulación entre ambos), entre otras razones, porque la bibliografía y la clínica muestran que los problemas narcisistas están en la base de muchas dependencias de drogas. Ahora bien, que los problemas en torno al narcisismo sean una causa muy frecuente del consumo de drogas, no significa que sea la única problemática capaz de generar dicho consumo. Por el contrario, la bibliografía y la clínica muestran, aunque con una menor frecuencia, la existencia de otras problemáticas psíquicas en la base del consumo dependiente de drogas, generadas asimismo por un conflicto, por un déficit o por una combinación entre ambos. Por ejemplo, problemáticas ligadas a la sexualidad, que, en nuestra experiencia, se encuentran con más frecuencia en las mujeres drogadictas. Problemáticas ligadas al apego, también muy frecuentes, sobre todo en los consumidores más jóvenes. Problemáticas ligadas a la regulación psicobiológica, que han determinado incluso una hipótesis explicativa: la “hipótesis de la automedicación” (Kantzian, 1985). Asimismo, en la clínica podemos encontrar problemáticas ligadas a la autoconservación, en las que las ansiedades persecutorias son fundamentales; o problemáticas ligadas a la heteroconservación, en las que los sentimientos de culpa tienen un papel central.

Por último, desde la perspectiva de una psicopatología modular-transformacional, sería necesario preguntarse por las articulaciones de la problemática del paciente (tipo de sufrimiento y causas del mismo) con otras dimensiones del psiquismo. En la dependencia de drogas, nos parece importante que el terapeuta estudie las articulaciones de la problemática del paciente con los recursos yoicos de que éste dispone, que se interrogue no sólo sobre la capacidad para controlar los deseos (muy disminuida, como ya señalamos, en el ámbito concreto del deseo de consumir), sino también por el estado de otros recursos y habilidades del yo. Por la propia dinámica social de la drogodependencia, es muy frecuente que el paciente acabe viviendo en una situación de marginación importante (obviamente, hay diferencias en función de la droga usada y en función de los apoyos psicosociales disponibles), que determina siempre un deterioro importante de los recursos y habilidades del yo. Obviamente, esta situación de deterioro psicológico y social (en ocasiones, agravada por el deterioro físico, consecuencia de las complicaciones médicas del consumo), debiera ser tenida en cuenta a la hora de realizar un tratamiento psicoterapéutico; tratamiento que, en nuestra opinión, en muchas ocasiones no puede realizarse a no ser que se combine con otras técnicas (por ejemplo, provisión de apoyo, psicoeducación, etc.), que incidan específicamente sobre los aspectos deteriorados de los recursos yoicos.

3.2. El significado de la experiencia con la droga: el sistema codificador de la experiencia con la droga

Como ya hemos señalado, la experiencia con la droga constituye no sólo el punto de partida de los procesos psicológicos que hemos intentado describir al pretender dar cuenta de la constitución del deseo de consumir droga y de sus particularidades, sino que también constituye el punto de partida de otro importante proceso psíquico: la atribución de un significado inconsciente, por parte del sujeto consumidor, al estado psicológico que experimenta como consecuencia del consumo de la droga.

¿Qué nos muestra la bibliografía psicoanalítica sobre esta cuestión de la atribución de significado inconsciente a la experiencia con la droga? En primer lugar, y tomada en su conjunto, la bibliografía consultada nos revela que la mayoría de los autores, con alguna excepción (por ejemplo, Rado, 1933;

Wieder y Kaplan, 1969; Hopper, 1995), consideran que la atribución de significado a la experiencia con la droga constituye el único proceso psíquico que interviene en la constitución del deseo de consumir droga. Sin embargo, desde una perspectiva modular-transformacional, la atribución de significado, el valor simbólico que el sujeto otorga a su experiencia con la droga, puede ser entendido como una imaginización secundaria de algo que tiene otra causa. Obviamente, se trata de un proceso psíquico muy importante, que, como ya señalamos, refuerza y personaliza el deseo de consumir al dotarlo de una fantasmática inconsciente concreta y específica, pero, cuyo valor causal depende de las articulaciones que se establezcan con el resto de los procesos que también intervienen en la misma. A veces el significado simbólico tanto de la droga como del acto de drogarse constituye la causa que pone en marcha el consumo de drogas.

En segundo lugar, la bibliografía tomada en su conjunto muestra que los significados que puede adquirir la experiencia con la droga son múltiples. En este sentido, por ejemplo, para algunos autores la experiencia con la droga evoca la masturbación infantil (entre otros, Freud, 1987; Hopper, 1995), para otros el orgasmo alimentario (Rado, 1926, básicamente), para otros el contacto con un objeto que calma cualquier sufrimiento (Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971), para otros la fusión simbiótica con la madre (por ejemplo, Stanton y Todd, 1982), etc. Sin embargo, si tomamos por separado las aportaciones de cada uno de los autores, podríamos decir que los diferentes autores, caen también en el reduccionismo que reiteradamente hemos señalado, atribuyendo un único significado universal a la experiencia con la droga. Si bien el proceso de atribución de significado es común a todos los drogadictos (incluso, como plantea Freud¹⁰, es común el proceso de idealización de la droga), el significado concreto y específico que cada drogadicto otorga a su experiencia con la droga es siempre personal, nunca universal. En otros términos, el atribuir un significado y el idealizar la experiencia con la droga parecen ser procesos universales, procesos comunes a todos los drogadictos; pero, el significado concreto que en cada drogadicto adquiere la experiencia con la droga, así como la temática específica en la que se concretiza la idealización de esa experiencia, parecen ser procesos personales, propios de cada drogadicto.

Ahora bien, ¿de qué depende el significado concreto y específico atribuido por cada drogadicto a su experiencia con la droga? Desde la perspectiva de una psicopatología psicoanalítica modular-transformacional, cabría pensar que este significado concreto de la experiencia con la droga depende de los “sistemas de significación”, de los “códigos” (Bleichmar, 1997), propios del sistema motivacional que inició el consumo en cada drogadicto, y que, obviamente, y debido al mero funcionar del psiquismo, siempre estarán en relación con los “sistemas de significación” o “códigos” del resto de los sistemas motivacionales. Códigos propios de cada sistema motivacional, que dependerán, como ha señalado Bleichmar (1997), de la biografía de cada drogadicto, de la forma en que sus figuras significativas interpretaron y reaccionaron ante sus propios deseos y angustias de ese sistema motivacional y de la forma en que esas mismas figuras significativas interpretaron y reaccionaron ante los deseos y angustias del sujeto.

Si aceptamos, como propone Bleichmar (1999d), que “cada sistema motivacional crea e impulsa representaciones que le son propias, en un interjuego continuo con las representaciones de los otros sistemas motivacionales”, podríamos pensar que, más allá de la representación social del drogadicto que exista en el “contexto drogado” y que el drogadicto captará y construirá para sí mismo, la representación que cada drogadicto tiene de sí mismo en tanto que drogadicto¹¹ dependerá en parte del sistema motivacional que inició el consumo, así como de las articulaciones de ese sistema motivacional concreto con el resto de los sistemas motivacionales. De ahí, precisamente, lo que tantas veces puede observarse en la clínica: el hecho de ser drogadicto no sólo aparece como algo fundamental para muchos de ellos (siendo difícil renunciar a la identidad de drogadicto, por las gratificaciones que provee), sino que es significado de múltiples maneras (en muchas ocasiones, en la línea del narcisismo), pudiendo cambiar esta significación en los diferentes momentos de la evolución del trastorno.

4. CONCLUSIONES: los diferentes niveles de actuación terapéutica en la dependencia de drogas

Como hemos tratado de mostrar a todo lo largo del trabajo, en toda dependencia de drogas es posible distinguir tres niveles claramente diferenciados, aunque muy relacionados: un nivel biológico, un nivel psicopatológico común y un nivel psicopatológico específico, que precisarían de abordajes terapéuticos

diferenciados y concretos, que atendieran adecuadamente a lo que es propio de cada nivel (cambios biológicos, deseo de consumir y causas psíquicas del deseo de consumir). Asimismo, creemos haber mostrado que en toda dependencia de drogas existe una dialéctica entre lo universal y lo particular, entre lo que es común a todos los drogadictos y lo que es específico de cada uno de ellos; dialéctica entre lo universal y lo particular que también hay que tener en cuenta a la hora del tratamiento de esta patología, y que posibilita que el tratamiento pueda estandarizarse en algunos aspectos (por ejemplo, protocolos de actuación terapéutica en función de la droga consumida, etc), mientras que en otros tenga que personalizarse (por ejemplo, psicoterapia psicoanalítica específica en función de las características concretas del nivel específico).

En nuestra opinión, el enfoque modular-transformacional de la dependencia de drogas presenta enormes ventajas de cara al tratamiento de las mismas, entre otras razones, porque permite plantear un modelo psicopatológico de la dependencia de drogas que da cabida a los diversos niveles que intervienen en las mismas. De esta manera, hace posible, frente a cada paciente concreto, establecer el nivel que es necesario abordar terapéuticamente con mayor urgencia, en base a la importancia que tenga en el momento en que se atiende al paciente. Por otra parte, permite ubicar los diferentes tratamientos existentes en función del nivel al que van dirigidos, sabiendo, por tanto, en todo momento, el nivel que se está atendiendo y los objetivos terapéuticos más adecuados. Por último, favorece contemplar la posibilidad de combinar de una forma coherente los diferentes tipos de tratamiento, lo que facilita un abordaje integral de la problemática.

Publicado en: Aperturas Psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis, N° 5, 5 de julio del año 2000.

Versión electrónica: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000116>

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K.: "Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo", 1908, en K. Abraham, Psicoanálisis Clínico, Buenos Aires, Hormé, 1980, pp. 60-67.
- _____"La primera etapa pregenital de la libido", 1916, en K. Abraham, Psicoanálisis Clínico, Buenos Aires, Hormé, 1980, pp. 189-212.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: Alcoholdependencia. Madrid, Pirámide, 1981.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
- BEAN-BAYOG, M.: "Alcoholism as a cause of psychopathology", Hosp. Community Psychiatry, 1988, 39: 352-354.
- BERTHELSDORF, S.: "Survey of the successful analysis of a young man addicted to heroin", Psychoanal. Study. Child., 1976, 31: 165-191.
- BLATT, S.; BERMAN, V.; BLOOM-FESCHBACH, S.; SUGARMAN, A.; WILBER, C.; KLEBER, H.: "Psychological assesment of psychopathology in opiate addicts", J. Nerv. Ment. Dis., 1984, 11: 500-541.
- BLEICHMAR, H.: El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente. Buenos Aires, Nueva Visión, 1981.
- _____"Aportes para la reformulación de la Teoría de la cura en Psicoanálisis: Ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente", Revista Argentina de Psicología, 1994; 44: 23-44.
- _____"Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy", Int. J. Psychoanal. 1996; 77: 935-961.
- _____"Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona, Paidós, 1997.
- _____"Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional", Aperturas Psicoanalíticas, 1, 1999a.
- _____"Psicoanálisis y neurociencia", Aperturas Psicoanalíticas, 2, 1999b.
- _____"Sistemas dopaminérgicos: adicciones e impulsividad", Aperturas Psicoanalíticas, 2, 1999c.
- _____"El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque modular-transformacional", Aperturas

Psicoanalíticas, 3, 1999d.

- BRICKMAN, B.: "Psychoanalysis and substance abuse: towards a more effective approach", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1988, 16: 359-379.
- CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la psiquiatría. Vol. 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica.* Madrid, Alianza, 1980.
- CASTOLDI, A.: *Il testo drogato. Letteratura e droga tra ottocento y novecento.* Turín, Einaudi, 1994.
- CANCRINI, I.: "Hacia una tipología de las toxicomanías juveniles". *Comunidad y Drogas*, 1987; 1: 59-74.
- DE QUINCEY, T.: *Confesiones de un inglés comedor de opio*, 1821. Madrid, Cátedra, 1997.
- DODES, L.: "The psychology of combining dynamic psychotherapy and Alcoholics Anonymous", *Bull. Menninger Clin.*, 1988, 52: 283-293.
- DODES, L.: "Addiction, helplessness and narcissistic rage", *Psychoanal. Q.*, 1990, 59: 398-419.
- ESCOHOTADO, A.: *Para una fenomenología de las drogas.* Madrid, Mondadori, 1992.
- FENICHEL, O.: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, 1945. Buenos Aires, Paidós, 1960, 2ª edición.
- FERENCZI, S.: "Papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia", 1911a, en S. Ferenczi, *Obras Completas*, vol. I, Madrid, Espasa-Calpe, pp. 189-206.
- _____. "El alcohol y las neurosis", 1911b, en S. Ferenczi, *Obras Completas*, vol. I, Madrid, Espasa-Calpe, pp. 207-212.
- FRANCES, R. y MILLER, S.: *Clinical Textbook of Addictive Disorders.* New York, Guilford, 1991.
- FRANCES, R., FRANKLIN, J. y BORG, L.: "Teorías psicodinámicas", en M. Galanter y H. Kleber (eds.), *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*, Barcelona, Masson, 1997, pp. 257-266.
- FREUD, S.: "Carta 55", 1897; *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires, Amorrortu, 1979, pp. 280-282.
- _____. *Tres ensayos de Teoría sexual*, 1905; *Obras Completas*, Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu, 1979, pp. 109-223.
- _____. "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (Contribuciones a la Psicología del amor, II)", 1912; *Obras Completas*, Vol. XI. Buenos Aires, Amorrortu, 1979, pp. 155-168.
- _____. "Dostoievski y el parricidio", 1928; *Obras Completas*, Vol. XXI. Buenos Aires, Amorrortu, 1979, pp. 171-191.
- _____. *El malestar en la cultura*, 1930, *Obras Completas*, Vol. XXI. Buenos Aires, Amorrortu, 1979, pp. 57-140.
- GLOVER, E.: "On the aetiology of drug addiction", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1932, 13: 298-328.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L.: "Drogas, estados de conciencia y creatividad: Contribución al estudio de los aspectos artísticos y psicodinámicos de la adicción", *Psiquis*, 1980, 1: 167-175.
- _____. "Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia", *Psiquis*, 1993, 14: 61-70.
- GRAÑA, J.L. y GARCÍA, A.: "Teorías explicativas de las drogodependencias", en J.L. Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, Madrid, Debate, 1994, pp. 47-94.
- GUIMON, J.: "Psicoanálisis y conductas adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación", en M. Díaz (ed.), *El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias*, Barcelona, GrupIgia, 1989, pp. 11-28.
- HERPETZ, S; SASS, H y FAVAZZA, A.: "Impulsivity in self-mutilative behavior. Psychometric and biological findings", *Journal of Psychiatric Research*, 1997, 31: 451-465.
- HOPPER, E.: "A psychoanalytical theory of drug addiction", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1995, 76: 1121-1141.
- KERNBERG, O.: *Borderline conditions and pathological Narcissism.* New York, Jason Aronson, 1975.
- _____. "Transference regression and psychoanalytic technique with infantile personalities", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1991, 72: 189-200.
- KHANTZIAN, E.: "Self-selection and progression in drug dependence", *Psychiatry Digest*, 1975, 10: 19-22.
- KHANTZIAN, E.: "The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142: 1259-1264.
- _____. "A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment", *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1986, 12: 213-222.
- _____. "A clinical perspective of the cause consequence controversy in alcohol and addictive suffering", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1987, 15: 521-537.

- KHANTZIAN, E. y MARCK, J.: "Self preservation and the care of the self", *Psychoanal. Study Child.*, 1983, 38: 209-232.
- KHANTZIAN, E., HALLIDAY, K., MCAULIFFE, W.: *Addiction and the vulnerable self*. New York, Guilford Press, 1990.
- KILLINGMO, B.: "Conflict and deficit: implications for technique", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1989, 70: 65-79.
- KLERMAN, G., WEISSMAN, M., ROUNSANVILLE, B.: *The theory and practice of interpersonal psychotherapy for depression*. New York, Basic Books, 1984.
- KOHUT, H.: *The analysis of the self*. New York, International Universities Press, 1971.
- KOHUT, H. y WOLF, E.: "The disorders of the self and their treatment: an outline", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1978, 59: 413-425.
- KRYSTAL, H.: "Alexythimia and the effectiveness of psychoanalytic treatment", *Int. J. Psychoanal. Psychotherapy*, 1982, 8: 353-388.
- KRYSTAL, H. y RAFKIN, H.: *Drug dependence: aspects of ego function*. Detroit, Wayne State University Press, 1970.
- LAPLANCHE, J.: *Nouveaux fondements pour la psychanalyse. La séduction originaire*. Press Universitaires de France, 1987.
- _____ "Implantation, intromission", *Psychanalyse a l'Université*, 1990, 15: 155-158.
- LEWIS, H.: "Shame and the narcissistic personality", en D. Nathanson (ed.), *The many faces of shame*, New York, Guilford, 1987, pp. 93-132.
- LICHTENBERG, J., LACHMAN, F. y FOSSHAGE, J.: *Self and Motivational Systems: Toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, New York: The Analytic Press, 1992.
- LITTLE, M.: "Transference in borderline states", *Int. J. Psycho-Anal.*, 1966; 47: 476-485.
- LORAND, J.: "A summary of psychoanalytic literature on problems of alcoholism", *Yearbook of Psychoanalysis*, 1948, 1: 359-378.
- LUBORSKY, L.: *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. Nueva Yor, Basic Books, 1984.
- McDOUGALL, J.: "The dis-affected patient: reflections on affect pathology", *Psychoanal. Q.*, 1984, 53: 366-409.
- MEISSNER, W.: *Psychotherapy and the paranoid process*. New York, Jason Aronson, 1986.
- MILKMAN, H., FROSCH, W.A.: "On the preferential abuse of heroin and amphetamine", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 156: 242-248, 1973.
- MITCHELL, S.A.: *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, Harvard University Press, 1988.
- O'DONNELL, I. et al.: "Explaining suicide; The views of survivors of serious suicide attempts", *British Journal of Psychiatry*, 1996; 168: 780-786.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Organización Mundial de la salud, Ginebra, 1993.
- PEELE, S.: "Addiction as a cultural concept", *Ann. New York Acad. Sci.*, 1990; 602: 205-220.
- PEELE, S. y BRODSKY, A.: *Love and addiction*. New York, Taplinger, 1975.
- PERRY, S. , COOPER, A. y MICHELS, R.: "The psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application", *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144: 543-550.
- RADO, S.: "Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos", 1926, en S. Rado, *Psicoanálisis de la conducta*, Buenos Aires, Paidós, 1960, pp. 33-48.
- _____ "El psicoanálisis de la farmacotimia (afición a las drogas)", 1933, en S. Rado, *Psicoanálisis de la conducta*, Buenos Aires, Paidós, 1960, pp. 73-89.
- ROF CARVALLO, J.: *Psicoanálisis y Biología*. Bilbao, DDB, 1971.
- _____ *Fronteras vivas del psicoanálisis*. Madrid, Kairós, 1975.
- ROSENFELD, H.A.: "Sobre la adicción a las drogas", 1960, en H. Rosenfeld, *Estados Psicóticos*, Buenos Aires, Hormé, 1974, pp. 153-170.
- _____ "Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo. Una revisión crítica de la literatura

- psicoanalítica”, 1964, en H. Rosenfeld, *Estados Psicóticos*, Buenos Aires, Hormé, 1974, pp. 253-281.
- SIMMEL, E.: “Psychoanalytic treatment in the sanatorium”, *Int. J. Psycho-Anal.*, 1929; 10: 70-89.
- SPRUIELL, V.: “Theories of the treatment of narcissitic personalities”, *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 22: 268-278, 1974.
- STANTON, MD y TODD, TC.: *The family therapy of drug addiction*. New York, Guilford, 1982.
- STEEL, Z y BLASZYNSKY, A.: “Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity”, *Addiction*, 1998, 6: 895-905.
- SZASZ, T.: *Drogas y ritual. La persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. México, FCE, 1990.
- TIZÓN, J.L.: *Cognitivismo, psicoanálisis, psicobiología (I): ¿diferentes programas de investigación para un mismo objeto?*, *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 1997; 24: 82-92.
- VERA, E.: *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires, Paidós, 1988.
- WIEDER, H., KAPLAN, E.: “Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 1969, 24: 399-431.
- WOODY, G.E., McLEAN, A.T., LUBORSKY, L.: “Psychotherapy for sustance abuse”, *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1986, 9: 547-562.
- WURMSER, L.: “Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use”, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1974; 22: 820-843.
- WURMSER, L.: *The hidden dimension: psychodynamic in compulsive drug use*. New York, Jason Aronson, 1981.
- _____ “The role of superego conflicts in sustance abuse and their treatment”, *Int. J. Psychoanal. Psychotherapy*, 1984, 10: 227- 258.
- _____ “Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part. I: dynamic sequences, compulsive drug use”, *J. Subst. Abuse Treat.*, 1987a; 4: 157-169.
- _____ “Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part. II: dynamic and therapeutic conclusions from the experience with psychoanalysis of drug users”, *J. Subst. Abuse Treat.*, 1987b; 4: 169-179.
- YORKE, C.: “A critical review of some psychoanalytical literature on drug addiction”, *Brit. J. Med. Psychol.* 1970; 43: 141-159.

Palabras clave: Contexto drogado, Dependencia de drogas, Deseo de consumir, Difusión/transformación de la experiencia, Enfoque modular-transformacional, Nivel psicopatológico común/específico, Satisfacción compensatoria, Drogas, Adicción.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 10-ex-64

NOTAS:

1.- En este sentido, Khantzian (1985) ha postulado que los opiáceos se consumirían fundamentalmente para contrarrestar el sufrimiento generado por la rabia, la cocaína para contrarrestar el sufrimiento generado por los sentimientos de inferioridad y el alcohol para contrarrestar el sufrimiento generado por el miedo a la intimidad y a la dependencia del otro. Por tanto, podría intentarse, como ha propuesto Escohotado (1992), una clasificación funcional de las drogas, en base a los efectos que provocan o prometen, aunque en el estado actual del conocimiento tal clasificación requiere mucha cautela antes de ser aceptada.

2.- La experiencia con la droga es también el punto de partida de la atribución de significado a la misma por parte del sujeto consumidor. Pero, esta problemática de la interpretación de la experiencia con la droga pertenece al nivel psicopatológico específico, y será abordada en su momento

3.- La expresión “contexto drogado” parafrasea al término “texto drogado” utilizado por Castoldi (1994) en su estudio sobre las relaciones entre literatura y drogas. Según este autor, el “texto drogado” reproduce los modelos descriptivos precedentes, ya que la experiencia literaria con las drogas sólo puede ser verbalizada mediante el recurso al acervo de imágenes verbales precedentes disponibles.

4.- A pesar de las sugerencias iniciales de Freud (1897, 1905 y 1912, entre otros), los psicoanalistas, con escasas excepciones (por ejemplo, Rado, 1933), han insistido poco sobre la importancia que tiene, de cara a la constitución del deseo de consumir, el placer provocado por las drogas, recalando más el aspecto defensivo frente al sufrimiento psíquico; aspecto defensivo planteado también por Freud a partir de *El malestar en la cultura* (1930). Los que más han insistido en la importancia del placer han sido los autores que se sirven de la teoría del condicionamiento operante para explicar el consumo de drogas (por ejemplo, Graña y García, 1994). En los últimos tiempos, los trabajos que estudian el papel de la dopamina, como mediador en la activación de los sistemas de recompensa límbicos, han dado, como señala Bleichmar (1999c), un poderoso impulso a estos planteamientos sobre la importancia que para la constitución del deseo de consumir tiene el placer provocado por las drogas.

5.- Los procesos psíquicos que, desde una perspectiva psicoanalítica, intervienen en la constitución del deseo de consumir ocurren en la conciencia y en el inconsciente, articulación que debemos estudiar psicoanalíticamente, porque, como ha señalado Bleichmar (1994 y 1999a), el psicoanálisis estudia tanto el inconsciente (orígenes, estructura y funcionamiento), como la conciencia (orígenes, estructura y funcionamiento), así como las articulaciones entre ambos (por ejemplo, sus influencias mutuas). Por otra parte, y en íntima conexión con lo anterior, Bleichmar (1997) ha planteado que tanto el sistema consciente como el sistema inconsciente pueden ser activados (siempre sectorialmente) a partir de ellos mismos (por las relaciones entre las representaciones), a partir del exterior (por el discurso y/o la presencia del otro) y a partir de las estructuras cerebrales, como sugirió hace ya muchos años Rof Carballo (1971 y 1975).

6.- Siguiendo los planteamientos de, entre otros, Killingmo (1989), Lichtenberg et al. (1992) y Bleichmar (1999a), consideramos que en los seres humanos no actúa un único sistema motivacional; por el contrario, intervienen diferentes sistemas motivacionales, cuya caracterización varía de un autor a otro. En este trabajo, seguiremos, en concreto, los planteamientos de Bleichmar (1999a) sobre los diferentes sistemas motivacionales (sensual-sexual, narcisista, de apego, hetero-autoconservativo, de la regulación psicobiológica, etc.), así como sus ideas sobre las articulaciones y transformaciones que sufren estos sistemas motivacionales durante el funcionamiento del psiquismo.

7.- Obviamente, las modificaciones biológicas de estado no dependen sólo de los efectos de las representaciones placenteras sobre la neurotransmisión, sino que también dependen de los efectos provocados directamente por la droga a estos niveles.

8.- De acuerdo con la psicología de la conducta, podríamos decir que, en este segundo momento, se ha producido, según las leyes del aprendizaje, una “generalización de la respuesta”, quedando el consumo de drogas como la respuesta más eficaz ante cualquier tipo de estímulo.

9.- Estos planteamientos psicoanalíticos en torno a las experiencias de satisfacción compensatorias son muy similares a los planteamientos cognitivistas en torno a los comportamientos impulsivos, como formas de enfrentar estados emocionales vividos como intolerables, y que no pueden ser manejados de otra manera. En este sentido, desde el punto de vista psicoanalítico, podría pensarse que el factor de personalidad previo que facilitaría el desarrollo de las drogodependencias, una vez que el sujeto ha entrado en contacto con la droga, podría ser la tendencia a utilizar como defensas las experiencias de satisfacción compensatorias, obviamente, por razones de índole biográfica.

10.- Aunque Freud nunca escribió ningún trabajo detallado sobre la dependencia de drogas, a lo largo de su obra sí realizó algunas sugerencias que, posteriormente, fueron retomadas por otros psicoanalistas para elaborar sus propuestas sobre la cuestión. Tomando en consideración el conjunto de sugerencias de Freud (1897, 1902, 1912, 1928, 1930, entre otros), nos parece entender que Freud hizo referencia a dos cuestiones diferentes, aunque muy relacionadas. Por una parte, planteó que toda experiencia con la droga recibe siempre un significado concreto y específico, resultado personal de un proceso universal de atribución de significado por parte del psiquismo a todo lo que procesa (Bleichmar, 1997). Por otra parte, y en relación con la psicología del amor, planteó que en la experiencia con la droga interviene siempre un proceso de idealización de la misma, un proceso de idealización del objeto droga, que explicaría, en parte, la dependencia del sujeto de esa experiencia y de ese objeto. Nos parece que Freud nunca concretizó la temática específica de esa idealización, todo lo más, se refirió, como hicieron más tarde los autores kleinianos, a la idealización en función de la capacidad de las drogas para producir de inmediato placer y para aliviar de inmediato el sufrimiento, lo que podría dar al sujeto drogadicto un sentimiento de control omnipotente del placer-displacer

11.- No nos estamos refiriendo a la representación de sí mismo que surge en el drogadicto en los momentos de presión del deseo de consumir (siempre marcada por la incapacidad y la impotencia), sino a la representación de sí mismo que surge a partir del hecho de ser drogadicto (en muchas ocasiones marcada por el narcisismo).