

CASO CLÍNICO

Toxicomanía. Un abordaje psicoanalítico

T. BOLADO MORAGUES

Psicóloga
Programa Municipal de Drogas. Ayuntamiento de Alcalá de Henares

Resumen

El caso que se presenta es el de un paciente que solicita tratamiento en el Programa Municipal de Drogas de Alcalá de Henares tras varios ingresos anteriores en diversos recursos.

Se decide, realizar un abordaje psicoanalítico y apuntar a la particularidad del paciente en lugar de aplicar una respuesta estándar, lo que le permite ir observando su malestar y abandonar progresivamente el consumo de tóxicos.

El objetivo principal es mostrar, a través de la presentación del caso, la importancia de realizar un trabajo previo sobre la demanda de estos pacientes que posibilite la emergencia del síntoma allí donde la droga –funcionando como causa– viene a obturarlo.

Palabras clave: Toxicomanía. Psicoanálisis.

Summary

Drug addiction. A psychoanalytical approach. *The case presented refers to a patient who sought treatment in the Municipal Drugs Program in Alcalá de Henares after having previously entered a number of other schemes.*

A psychoanalytical approach was decided on, targeting the particular features of the patient rather than applying a standard response, making it possible to subjectivise the discomfort and progressively give up the consumption of toxic substances.

The main purpose is to show in the presentation of this case the importance of preliminary work on the these patients' demand, making possible the emergence of the symptom where the drug, operating as cause, blocks it.

Key words: *Puerperal psychosis. Mother and Baby Units. Perinatal psychiatry. Consult-Liaison psychiatry.*

Résumé

Tosicomanie. Une approche psychanalytique. *Le cas présenté est celui d'un patient qui demande un traitement dans le cadre du Programme Municipal contre la Drogue d'Alcalá de Henares après avoir été admis antérieurement dans divers recours.*

Il est décidé de réaliser une approche psychanalytique et de tenir compte de la particularité du patient au lieu d'appliquer une réponse standard, ce qui lui permet de subjectiviser son malaise et d'abandonner progressivement la consommation de drogue.

L'objectif principal est de montrer à travers la présentation du cas l'importance de réaliser un travail préalable sur la demande de ces patients, ce qui facilite l'émergence du symptôme là où la drogue –en fonctionnant comme une cause– le cache.

Mots clés: *Toxicomanie. Psychanalyse.*

Riassunto

Tossicomania. Un abordaggio psicoanalitico. *Il caso presentato é quello di un paziente che chiede trattamento nel Programma Municipale di Droghe di Alcalá de Henares dopo vari ricoveri anteriori in diverse istituzioni.*

Si decide di realizzare un abboraggio psicoanalitico e di prendere nota della particolarità del paziente invece di applicare una risposta standard, il che permette di

soggettivare il suo malessere e di abbandonare progressivamente il consumo di prodotti tossici.

L'obiettivo principale è mostrare, attraverso la presentazione del caso, l'importanza di realizzare un lavoro previo basato sulla richiesta di questi pazienti, che renda possibile individuare il sintoma per cui la droga –funzionando come causa– lo occulta.

Parole chiave: *Tossicomania. Psicoanalisi.*

Introducción

Un hecho que se observa con relativa frecuencia en los servicios de atención de drogodependientes es que el toxicómano suele aparecer no sólo como un consumidor de sustancias, sino también, en gran medida, como un importante consumidor de tratamientos, programas, recursos e instituciones de cualquier tipo. Su actividad parece desarrollarse en un continuo que va de la droga al programa y/o a la institución de forma repetida. En esta repetición, suele presentarse a menudo en una posición determinada: como "el producto de la droga". Se podría decir que su adicción es el efecto directo de la ingesta y la droga una especie de agente externo a él que constituye la causa de su malestar provocando la toxicomanía.

Prácticamente todos los programas de tratamiento se crean bajo este presupuesto: es la droga la que hace al toxicómano y, si esto es así, se espera que haciendo un tratamiento de separación entre uno y otra, estará curado. El toxicómano colocado en esta posición sabe lo que le pasa y, hasta tal punto, que mantiene que cualquier otro problema también es a causa de la droga. Al mismo tiempo sabe lo que necesita, nos ofrece una solución, generalmente en forma de un pedido explícito (**desintoxicación**, metadona, naltrexona, una comunidad...) y además suele manifestar que se droga porque es drogadicto.

Ahora bien, cuando el toxicómano trae una solución para su toxicomanía no implica necesariamente, aunque así pueda manifestarlo, que lo que quiera sea separarse de la droga. El malestar no lo causa la droga en sí sino la falta de droga, de ahí que no sea infrecuente que tras un tiempo de estancia en un recurso o tras una cura de desintoxicación reinicie inmediatamente el consumo y, a veces, de forma aún más virulenta.

Quizás una de las dificultades mayores para iniciar un tratamiento sea, precisamente, la certeza con la que el toxicómano se arraiga en esta posición en la que a través de la droga puede explicarlo todo.

No podemos negar que las drogas producen efectos, pero éstos no son sólo nocivos, sino que también producen placer, estados de conciencia ajenos a la vida cotidiana y constituyen un eficaz remedio para evitar el sufrimiento ante las dificultades que conlleva la vida, tal como señala Freud en *El Malestar en la Cultura*¹: "Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria que, tanto los individuos como los pueblos, les han reservado un lugar permanente en su economía libidinal. No sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese "quitapenas" siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad".

Todos los efectos, tanto los nocivos como los benéficos no dependen sólo del producto en cuestión. Si la ingesta de una sustancia ha llegado a ser problemática es porque algo ha ocurrido en el sujeto, y las condiciones para que se dé una adicción han de buscarse necesariamente en él. H. Freda² plantea algo bastante aclaratorio en el sentido de poder entender cuál es el estatuto de la toxicomanía; dice: "No es la droga la que hace el toxicómano, sino a la inversa, es éste el que instaura una sustancia como droga" y allí donde dice sustancia podríamos añadir: objeto, acción, otro sujeto... Se trata de una proposición ética que implica:

1. Que la toxicomanía es una elección.
2. Que de esta elección el sujeto es responsable.

Este supuesto abre una línea de intervención en el abordaje de las toxicomanías donde el acento recae en cada sujeto.

Un abordaje psicoanalítico implica también comenzar con un acto de separación, no necesariamente entre la droga y el toxicómano sino en el sentido de que la droga caiga del lugar de la causa y se abra algún tipo de interrogante que implique al sujeto en su malestar.

CAUSA		EFEECTO
Droga	→	El toxicómano
/		
/		
/		
¿?	→	Malestar

Esto significa realizar un trabajo previo sobre la demanda cualquiera que sea su formulación, para poder

ver la parte de mensaje que la demanda supone detrás de lo que constituye su queja. La importancia de este trabajo preliminar está ligada al propio objetivo terapéutico. Analizar en qué medida el fenómeno toxicomanía aparece sintomatizado (implica una pregunta por parte del sujeto) y en qué medida el terapeuta está incluido (pueda encarnar para el sujeto la respuesta a tal pregunta), son los elementos que conforman las condiciones para abordar un tratamiento, al menos de tipo psicoanalítico.

Digamos que la diferencia que puede haber en el encuentro con un psicoanalista es que, al estar advertido de cómo funciona el sujeto y cómo funciona el inconsciente, mantenga una escucha diferenciada ante el síntoma y posibilite que el sujeto empiece a ser representado por otros significantes que no eran los que le petrificaban bajo la toxicomanía.

Se entiende que esto sólo es posible en la clínica del caso por caso. Cuando aplicamos programas estándar de tratamiento olvidamos la existencia de un sujeto y de otro, sustituyendo la serie por un único lugar, el mismo para todos que, en última estancia, viene a justificar la existencia misma del llamado toxicómano así como la del programa, institución o secta.

Caso clínico

Se trata de un varón de 30 años que acude al Programa Municipal de Drogas en junio de 1997, por indicación de un íntimo amigo que estuvo anteriormente en tratamiento en nuestro Servicio.

Tuvo tres ingresos anteriores en programa libre de drogas, en los dos primeros acaba expulsado al recaer en el consumo y en el tercero abandona, teniendo solicitado un recurso en régimen cerrado. Había acudido también a centros evangelistas, permaneciendo cortos períodos de tiempo.

Historia toxicológica

Se inicia en el consumo de alcohol y *cannabis* a los 15 años; a los 17 años comienza a utilizar cocaína de forma esporádica y a los 24 años, heroína fumada de forma habitual.

Historia personal

Es el menor de una familia de siete hijos (tres varones y cuatro mujeres). Padres fallecidos, el padre se suicidó cuando el paciente tenía 18 meses y la madre murió cuando él tenía seis años. La sexta hermana falleció en un accidente antes del nacimiento del paciente. Tiene un hermano toxicómano.

A la muerte de la madre la familia se dividió, pasando

junto con otro hermano a vivir a cargo de la hermana mayor y yéndose a otra ciudad, hasta que cumple los 14 años, en que regresa de nuevo a casa de la tercera hermana, ya que la hermana mayor se va fuera de España. Dos años después, se va a vivir con sus dos hermanos varones hasta que el mayor se va al Servicio Militar y el segundo se casa, momento en que el paciente decide irse voluntario a la Brigada Paracaidista. A los 19 años deja la Brigada y comienza a vivir con una mujer 13 años mayor que él, separada y con dos hijos.

Cuando acude a consulta, la mujer con la que convive le ha echado de casa. Viene bastante drogado, lleva dos semanas viviendo en la calle, ha dejado el trabajo y ha recorrido varios recursos (asociaciones de ayuda a toxicómanos, Proyecto Hombre, centros evangélicos...), plantea un pedido confuso: pastillas, control, ingreso en comunidad, tratamiento psicológico, "algo rápido". Se aprecia una fuerte preocupación de "estar tirado en la calle" y está muy impactado por las escenas que había estado viendo a raíz del cerco policial que se estaba produciendo en los lugares de venta de droga en aquel momento.

Al preguntarle qué cree que le pasa manifiesta que tiene "problemas psicológicos". Sitúa el comienzo de estos problemas a partir de la muerte de su madre: "la familia se rompió", "me siento culpable", "les he hecho mucho daño", "se han cansado de mí", "no sé dónde ir". Le señalo que si quiere tratar esos problemas puede quedarse, que lo piense y se le da una cita al día siguiente para que comente su decisión.

Acude planteando que ha estado hablando con su amigo, al que le ha pedido ayuda para que "No le deje solo" y "le controle para no drogarse". Ha contactado también con su pareja, que le ha permitido volver al domicilio, y con el médico de cabecera al que le ha solicitado una medicación para pasar el síndrome de abstinencia. Su amigo le ha vuelto a aconsejar que se quede en tratamiento psicológico.

Durante los cinco primeros meses, deja el consumo de tóxicos. La abstinencia se enmarca en su incorporación a un grupo que lidera este amigo, donde el uso de drogas y otras acciones (las conductas violentas, el apego a lo material, las guerras...) se consideran "ataques de *Igmun*" una especie de "fuerza maligna" ante la que tienen que organizarse para combatirla ya que este líder ha recibido ciertas señales (visiones, experiencias...) y espera el momento para poder hacer extensiva "su misión": un ideal de bondad guiado por la fuerza divina. Celebran reuniones de confraternización y su discurso aparece pluralizado, incluido en el nosotros: "los que nos hemos drogado", "los que nos sentimos débiles", "los que hemos pasado por lo mismo"... Las recaídas temporales en el consumo las integra como

“pruebas”, “tentaciones”, “ataques de Igmun”; tiene una explicación totalizadora –la misma que incluye a otros– y que da cuenta de las desgracias y miserias humanas sobre la base de este efecto de la actuación de las fuerzas del mal.

Paralelamente, sigue acudiendo a las entrevistas, donde intento apuntar a su singularidad y comienza así a desplegar su propia historia, sus dudas y dificultades. Refiere que la muerte de su madre supuso una ruptura familiar y que a partir de ahí anduvo “de un sitio para otro”, “viviendo muchos cambios” y con fuertes sentimientos de ser “un bulto”, “un estorbo”.

Asimismo, va elaborando una serie de contenidos y preguntas sobre diversas cuestiones:

DROGA

“Un alivio frente a los sentimientos de soledad, la nostalgia y los recuerdos.”

“Si pudiera hablar de todo esto, me olvidaría de la droga.”

“La droga no es el problema.”

“Siempre he estado muy callado.”

“No soporto las discusiones.”

“Las mato callando.”

“La droga = la novia.”

¿Por qué siento tanta rabia?

PAREJA “Esa mujer.”

“Me metí en una familia.”

“Me dio todo: casa, hijos, trabajo.”

“No puedo nombrarla ni mi novia, ni mi pareja, ni mi mujer.”

“No puedo dejarla, no me atrevo.”

“Que decida la droga.”

¿Es mi pareja?

PADRE

“Me dijo adiós y se tiró por el balcón.”

“Mi hermana siempre dijo que yo era como él: un loco, un cobarde.”

“Eso me ha hecho mucho daño, no puedo aceptar que fuera un cobarde –era mi padre, me dio la vida– me puso el nombre de sus dos hermanos.”

¿Es genético, estaba loco?

FAMILIA

“Cuando murió mi madre gané un padre (cuñado), esperaba que me adoptaran.”

“Mi hermano (toxicómano) siempre ha estado conmigo, me siento culpable, le he dejado tirado, le he abandonado.”

¿Por qué no me adoptaron?

Análisis del caso

Se pueden ver tres momentos diferenciados que me parecen especialmente significativos para la comprensión del caso y para poder ver la línea de intervención. El *primero de ellos* se refiere al modo de presentación que se podría definir como un “estar tirado”. El paciente no sabe dónde ir, ha recorrido varios lugares sin quedarse en ninguno (*a posteriori* se puede ver que esto ha sido una constante en su vida, pasando de familia en familia, cambiando de lugar, sin tener dónde ir). Trae problemas toxicológicos, sociales, laborales, familiares, de pareja, psicológicos.

Oriento la intervención hacia estos últimos convocándole y ofreciéndole un lugar –lugar de escucha–. Creo que el efecto de esta convocatoria introduce un cierto orden y le permite iniciar el proceso terapéutico.

El *segundo momento* está marcado por la relación con el amigo, lo que en parte le permite incluirse en una especie de “hermandad/familia” identificándose con el discurso del líder.

Es un momento de especial dificultad que lo llena de explicaciones totalizadoras que vienen de otro y acepta sin hacerse preguntas, lo que me lleva a dirigir la intervención hacia su particularidad; esto le permite la apertura de su propia historia y la organización de su propio discurso.

El *tercer momento* es el de la mejora sintomática, que sería en el que se encuentra actualmente, donde se va situando en las coordenadas familiares y comienza a dar cuenta de la imposibilidad para manejar sus sentimientos hostiles, del temor de ser abandonado y de las dificultades para crear su propia familia.

Al mismo tiempo, en la medida que va dando testimonio de su sufrimiento, que su malestar se va haciendo inteligible, la droga va perdiendo eficacia y el recurso a la misma se hace innecesario. En tal sentido, me parece ejemplar cómo en este paciente toma un valor fundamental la puesta en marcha del dispositivo que le permite poner en juego la palabra.

Bibliografía

1. Freud S. El malestar en la cultura. Freud S. Obras Completas vol. III. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1968. p.1-65.
2. Freda H. Imaginaire, réel, symbolique. Symptome 1989; 2.