

UN ACERCAMIENTO INTERSUBJETIVO A LAS ADICCIONES DESDE LA NEUROBIOLOGÍA, LA TEORÍA DEL APEGO, LA PSICOLOGÍA DEL SELF, Y LA PSICOTERAPIA RELACIONAL¹

José González Guerras¹

Centro Self, Salamanca; Instituto de Psicoterapia Relacional, España

Dentro de una filosofía general de los sistemas, cualquier sistema viviente es parte de una jerarquía. Cada sistema contiene subsistemas o elementos que constituyen el todo. La actividad mental de un niño o paciente individual, es un subsistema de un suprasistema más grande, niño-cuidador o paciente analista (Orange, Atwood y Stolorow, 2012). Forma parte de diferentes sistemas que interactúan entre sí influyéndose y modificándose unos a otros. Somos seres biopsicosociales en los que nuestra biología interactúa, influye y es influida por nuestra mente y nuestros contextos sociales y viceversa. De esta interacción entre lo sociocultural, lo familiar, lo psicológico y lo biológico surge la singularidad / subjetividad de la persona o por lo contrario la anulación de esta singularidad/subjetividad. Es en nuestros contextos intersubjetivos donde se originan y desarrollan nuestros principios organizadores pre-reflexivos que se manifiestan en temas recurrentes que aparecen en el curso de la vida subjetiva (Stolorow, 1978). Veremos a lo largo de este trabajo la influencia de los diferentes contextos ambientales (sociales, culturales, comunitarios, familiares) en la conformación de los principios organizadores pre-reflexivos en las personas que tienen problemas de adicción, siendo esta el resultado del intento de una persona de autorregular sus sentimientos, afectos y sus vivencias personales mediante el uso de sustancias o comportamientos. Puede que se consuma para relajarse, activarse o empoderarse entre otros motivos y como en un principio es muy efectivo para modificar el estado de ánimo, la percepción y las vivencias es muy posible que se sienta el impulso de repetir la experiencia.

Palabras clave: Adicciones, intersubjetividad, invalidación, apego, reconocimiento, sintonización, psicoterapia.

Within a general philosophy of systems, any living system is part of a hierarchy. Each system contains subsystems or elements that constitute the whole. The mental activity of an individual, child or patient, is a subsystem of a larger suprasystem, child-caregiver or patient-analyst (Orange, Atwood and Stolorow, 2012). The human being is part of different systems that interact with each other influencing and modifying each other. We are biopsychosocial human beings in which our biology interacts, influences and is influenced by our mind and our social contexts and *viceversa*. From this interaction between the sociocultural, the familiar, the psychological and the biological, the singularity / subjectivity of the person arises or on the contrary the annulment of this singularity / subjectivity. It is in our intersubjective contexts that our pre-reflexive organizing principles originate and develop in recurring themes that appear in the course of subjective life (Stolorow, 1978). We will see throughout this work the influence of the different environmental contexts (social, cultural, community, family) in the conformation of the pre-reflexive organizing principles in people who have addiction problems, this being the result of the attempt of a person to self-regulate their feelings, affections and personal experiences through the use of substances or behaviors. It may be consumed to relax, activate or empower themselves among other reasons and as initially it is very effective to modify the mood, perception and experiences, it is very possible that you feel the urge to repeat the experience.

Key Words: Addictions, intersubjectivity, invalidation, attachment, recognition, attunement, psychotherapy

English Title: AN INTERSUBJECTIVE APPROACH TO ADDICTIONS FROM NEUROBIOLOGY, ATTACHMENT THEORY, PSYCHOLOGY OF THE SELF AND RELATIONAL PSYCHOTHERAPY.

Cita bibliográfica / Reference citation:

González Guerras, J. (2020). Un acercamiento intersubjetivo a las adicciones desde la neurobiología, la teoría del apego, la psicología del Self y la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 14 (1): 77-90. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2020.140105

¹ Psicoterapeuta relacional. Psicólogo clínico y Psicoterapeuta, Máster en Psicoterapia Relacional y Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Centro Self, Salamanca (C/Alfonso IX nº 78-88, 5K. 37004-SALAMANCA). Contacto: josegg@usal.es

¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

La OMS define la adicción como una enfermedad porque modifica la estructura y el funcionamiento del cerebro. Se trata de una enfermedad biopsicosocial, es decir, una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales.

Hay que diferenciar entre uso, abuso y adicción. Es en la adicción cuando hablamos de enfermedad cerebral, entre otras cuestiones por la pérdida del control de la persona.

Debemos comprender que la adicción no se debe a un "defecto de la voluntad", sino que se trata de una enfermedad médica que involucra *cambios en los circuitos cerebrales que procesan las recompensas, el estrés y el autocontrol*. Esta enfermedad crónica se caracteriza por la compulsión a buscar y consumir una **sustancia, un objeto, una actividad, etc.** y, a la vez, por una pérdida de la capacidad de controlar o limitar esta búsqueda y/o consumo: entonces, cuando el acceso a esta sustancia, persona, actividad se corta, puede surgir un estado emocional negativo (malestar, ansiedad e irritabilidad) y síntomas físicos específicos relacionados con el período de abstinencia. Esto termina afectando la vida de la persona y a su entorno.

En las adicciones el objeto único (la sustancia, el objeto, la actividad, etc.) rige a modo de amo toda la vida anímica, vincular, biológica, afectiva y social del consumidor, los vínculos se reducen al objeto único aumentando así el vacío. El objeto único se erige como único regulador del ritmo neurobiológico. La ruta cerebral será siempre la misma para obtener placer o evitar el dolor, el circuito de recompensa o circuito del placer formado por determinadas regiones cerebrales: el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, la vía mesocorticolímbica, el septum y partes del tálamo y el hipotálamo. El tránsito por este circuito neuronal evita el dolor, pero, al mismo tiempo, limita el contacto con los afectos y el desarrollo de la identidad. Ante la ausencia de contacto con los propios afectos y ante la falta de autorregulación endógena lo exógeno toma el mando y queda silenciado el verdadero problema de *indiferenciación* en cuanto a la identidad.

En este tipo de funcionamiento de lo único en lugar de la identidad aparece lo que Winnicott designa como *falso self*, una estructura defensiva que suple las funciones maternas de contención, cuidado y protección. Según Winnicott, si la madre no ha sido suficientemente buena y no ha respondido lo suficientemente bien a las necesidades reales y afectivas del niño, no sintonizando ni resonando con lo más genuino de su hijo/a se desarrolla una falsa estructura o falso self que es una máscara por la que el sujeto se sobreadapta para mantener de manera falsa o irreal una relación con el otro. La propia imaginación y creatividad queda anulada, así

como la sobreadaptación (acomodación patológica, B. Brandchatt) y la anestesia afectiva dominan su existencia.

¿Qué sucede a nivel cerebral? El consumo de sustancias, objetos, actividades, etc. produce, *en una primera etapa*, picos de neurotransmisores como la dopamina, mensajero químico relacionado con la curiosidad, la exploración y el placer. La repetición de la experiencia placentera, así como la exposición a las situaciones que la facilitaron, va remodelando estos circuitos, produciendo un “aprendizaje” o reforzamiento que hace que este sistema de recompensa sea cada vez más insensible a la dopamina, etc.

Con un sistema de procesamiento de recompensas dañado, la persona adicta pierde también la motivación por las actividades y relaciones sociales que antes le resultaban agradables.

En una segunda etapa, se produce una readaptación del circuito amigdalino, que impacta en un incremento de la reactividad al estrés y de la presencia de emociones negativas, tornando menos tolerables los períodos de abstinencia.

Al desvanecerse el efecto de la droga, la persona busca volver a consumir para escapar del malestar emocional que siente. Se produce así una transición del consumo como “búsqueda de placer” al consumo como “alivio del malestar”. Pero ese alivio es solo transitorio y, posteriormente, se genera un mayor nivel de malestar. Se pone en marcha así un círculo vicioso.

En una tercera etapa se ven afectados circuitos frontales, involucrados en los procesos de toma de decisiones, autorregulación, detección de errores, inhibición de respuestas y flexibilidad cognitiva. Esto hace que la persona adicta no pueda “resistirse” a la urgencia por tomar drogas, manejar el móvil, trabajar... De esta manera, los cambios en los circuitos de recompensa y del procesamiento emocional, junto con las alteraciones frontales que afectan la autorregulación, crean un desbalance que lleva al consumo compulsivo y a la incapacidad de detenerlo voluntariamente, a pesar de sus consecuencias (compulsión de repetición).

Decir que la adicción a las drogas es una enfermedad que está asociada a disfunciones en circuitos cerebrales específicos no implica minimizar los factores psicológicos, sociales o ambientales involucrados que son los que llevan a ella. Se trata de una enfermedad biopsicosocial, es decir, de una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales que hace que algunas personas sean más vulnerables a sufrir una alteración en los circuitos cerebrales que subyacen a la adicción.

EL SER HUMANO COMO UNIDAD BIOPSIICOSOCIAL: “Interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social”.

En nuestra actual cultura de la globalización, el individualismo, la adicción al consumo y la inmediatez la familia y por tanto el individuo están muy sometidos a estas pautas globales de funcionamiento inhibiendo la función familiar y la subjetividad de las personas, estamos en un entorno estímulo – respuesta en el que no media la reflexión. El ser capaz de aburrirse y la capacidad para estar solo son especies en extinción. Por ej. paciente de 23 años que lleva 5 meses en tratamiento por consumo de cocaína ante mis comentarios sobre su no parar ya que tiene 2 trabajos, se ha apuntado a un gimnasio, etc. me dice: “Si me aburro la preparo”. Otro ej. un paciente de 57 años, casado y con 2 hijos, que consulta por la vergüenza que le supone que de vez en cuando se emborracha hasta perder el sentido, a veces consume documentales y/o series durante toda una tarde y ante mi comentario de que a lo mejor el aburrimiento no es tan malo, me dice que es peligroso.

Damasio, A; Kandel, E; Schore, A. etc. nos hablan de la construcción del cerebro como resultado de la *interacción* entre los genes y los estímulos que inciden en él, al respecto de esto Van Der Kolk dice que nuestro código postal determina más que nuestro código genético si tendremos una vida sana y segura, lo que implica la importancia de nuestro contexto socio-cultural en la incidencia de las problemáticas mentales.

El entorno tiene un peso determinante en el desarrollo neurobiológico y muchas de las conexiones cerebrales que se conforman o se suprimen (mediante los procesos progresivos como la mielinización o los regresivos como la poda sináptica) están relacionadas con las experiencias vividas, los estímulos a los que se ha estado expuesto y la interacción con el contexto inmediato. Desde la neurociencia nos apuntan que las experiencias potencialmente estresantes tendrán un efecto más o menos intenso en la vulnerabilidad del sujeto al estrés en función de la **capacidad del entorno para proteger** de estos eventos o amortiguar sus efectos, especialmente en los primeros años de vida.

En nuestro actual contexto, en el que todo lo tenemos prácticamente a golpe de un clip y se nos bombardea con el consumo se dificulta la tolerancia a la frustración y se merma la capacidad de demorar la gratificación. Es un contexto que nos exige la adaptación a sus parámetros, sobre todo los relacionados con el consumo, y nos genera constantemente nuevas necesidades y deseos.

Ritmos frenéticos de vida; positivismo desenfrenado; autoexigencia y perfeccionismo o mínimo esfuerzo e inquietud generalizada... son algunos de los aspectos que predominan y perfilan al individuo y a la sociedad que hoy impera. Nos hemos convertido en verdaderos autómatas sin capacidad de atención y conciencia. Incapaces de parar y respirar para coger

impulso. Adictos a deseos inagotables y a fantasías irrealizables. Parásitos del "postureo" que alimenta nuestros sueños, celos y envidias. Temerosos de la soledad y al mismo tiempo cobardes para compartir y entregarse. Acostumbrados a ver sin mirar, a oír sin escuchar, a juzgar sin saber...

Tenemos la costumbre de demostrar la perfecta claridad que de repente poseemos para decir a un otro lo que debería o tendría que hacer. Nos encanta la celeridad con que aconsejamos, enseñamos, pautamos... para atajar el "problema" con rapidez y positivismo, como si una frase o una sonrisa bastasen para hacer "borrón y cuenta nueva".

Nuestro contexto social es un **contexto invalidante** de nuestra singularidad/individualidad generando también vínculos que no contienen ante el afrontamiento de las angustias, que no validan y reconocen las verdaderas y genuinas necesidades y deseos del otro como un otro. Este contexto individualista, dominado por el sistema productivo es heredero de nuestra ancestral lucha por la supervivencia desde la ley del más fuerte, de no reconocer al otro en tanto en cuanto no sea para satisfacer nuestros intereses, contexto en el que la cooperación y colaboración ha quedado relegada a un segundo plano o a la inexistencia. En realidad, estos contextos invalidantes que no reconocen la singularidad del otro, que no quieren ver al otro son contextos que pueden fácilmente radicalizarse en el que se trata de ser el más poderoso para dominar y por tanto derribar y acosar al que no piensa igual o comparte los intereses. Basta con echar un vistazo a la política actual, en la que el adversario siempre es criticado y nunca se le ve nada bueno.

Este tipo de contextos invalidantes son generadores de sujetos frustrados y vulnerables que busquen su validación y satisfacción por diferentes medios.

EL CONTEXTO FAMILIAR DEL ADICTO

El contexto socio-cultural consumista, creador de necesidades y deseos, adicto a la inmediatez, etc. incide en los valores, creencias y comportamientos de los padres y en sus opciones para la regulación de sus estados afectivo-emocionales y sus vivencias personales.

También los padres se relacionan con sus hijos de diferentes modos que tienen que ver con sus patrones de vinculación aprendidos y que en relación a las adicciones son estilos mayoritariamente sobreprotectores, negligentes, y/o autoritarios; que como factor común tienen la falta de sintonía, la invalidación del niño, y el no reconocimiento de este como un otro. Por tanto problemática que como plantea Sami-Ali tiene que ver con que el sujeto no reconoce al otro como diferente de sí mismo, el otro no es reconocido, validado... En este caldo de cultivo se dan las proyecciones de los padres en sus hijos, el rol reversal (el hijo ocupando la función de

los padres), etc., que van a ser tramitados por estos con la acomodación patológica (B. Brandchaft), el falso self (Winnicott), para no perder el vínculo con sus padres; pero a costa de no ser y sentirse uno mismo, lo que lleva a la desconexión y la vulnerabilidad para afrontar los propios estados afectivos-emocionales que las diferentes vivencias personales conllevan. Frewen y Ruth Lanius descubrieron que cuanto más desconectada está la gente de sus sentimientos menos actividad tenía en las áreas de autopercepción del cerebro. La autorregulación depende de mantener una relación cordial con nuestro cuerpo. Sin ella tenemos que depender de la regulación exterior (medicación, drogas, la reafirmación constante o el cumplimiento compulsivo de los deseos de los demás)

Bessel Van Der Kolk dice: con los años nuestro equipo de investigación ha comprobado que *el maltrato emocional y el abandono crónico* pueden ser igual de devastadores que el abuso físico y sexual. *Cuando no somos vistos, ni reconocidos*, cuando hemos sentido que no había espacio para nosotros y nuestras necesidades esto tiene repercusiones en el desarrollo del Self, en las dificultades a la hora de diferenciarnos de un otro, (acomodación patológica, rol reversal) y en la agencia del self.

El no ver al otro (el hijo) como un otro conlleva fallas en la conexión y sintonía de los cuidadores, lo que incide en el no reconocimiento e invalidación de los estados afectivo-emocionales del niño y este se desconecta de estas sensaciones y sentimientos, no se quiere pensar ni sentir, lo que adormece la capacidad de sentirse vivo y por tanto aparecen los sentimientos de vacío y futilidad.

En trabajando intersubjetivamente D. Orange y colb. consideran que focalizar la atención de manera continuada en las vicisitudes de la experiencia de sí mismo conduce inexorablemente a un reconocimiento de la primacía motivacional del afecto, puesto que el afecto, tal como los investigadores de la infancia han demostrado ampliamente, es el primer organizador de la experiencia de sí dentro del sistema evolutivo. A partir del nacimiento la experiencia afectiva es regulada o mal regulada, dentro de sistemas intersubjetivos de mutua influencia recíproca (Beebe. Jaffe y Lachmann, 1992; citados por Stolorow y clb). La ausencia de una respuesta sintonizada y estable para con los estados afectivos del niño conduce a descarrilamientos significativos en cuanto a una integración óptima de los afectos y a una propensión a disociar o negar las reacciones afectivas. Esto puede dar lugar a un vacío afectivo y desconexión del sujeto consigo mismo y con los otros que conlleve la necesidad de vínculos de dependencia (a sustancias, actividades, personas...) para sostener el frágil equilibrio de sí mismo con sus intensos sentimientos de indefensión y desvalimiento. La conducta adictiva restauraría el sentimiento de potencia.

CONTEXTOS INTERSUBJETIVOS Y PRINCIPIOS ORGANIZADORES

Somos seres anhelantes, Joan Coderch dice: "El anhelo es la sensación indefinible de un vacío y de una carencia dolorosa que solo puede calmarse con el sentimiento de la pertenencia a la totalidad universal. Lo que subyace al perenne anhelo de los seres humanos es la sociabilidad innata, el impulso a unirnos con los otros, a lo que podemos llamar la fraternidad universal.

Al respecto Duch dice: subyacente a este anhelo de un más allá, de un algo que trasciende a uno mismo, de un bien que nunca cabe alcanzar, podemos esperar que late el deseo de recobrar esta unidad perdida.

Podríamos decir que el estado fusional, simbiótico está incrustado en nuestra carga genética, es inmanente al ser humano (primero fuimos seres unicelulares y de una misma célula nos desarrollamos en el interior de nuestras madres) por lo que el proceso de individuación/diferenciación a de romper una inercia filogenética y ontogenética importante. Si a esto le añadimos que el ser humano al nacer es el más indefenso y vulnerable de todos los seres del planeta, necesitando más que ninguno de los cuidados físicos y mentales (con la complejidad que esta conlleva) de un otro para su supervivencia, no es de extrañar que se produzcan fallas y déficits de mayor o menor intensidad en el proceso de individuación/diferenciación. Por tanto, si en situaciones normales ya conlleva una dificultad este proceso, imaginemos cuando no se dan las condiciones adecuadas para su desarrollo.

En contextos intersubjetivos en los que los vínculos con los cuidadores son repetidamente perturbados (carentes de sintonía y responsividad) el niño intenta mantener la conexión, el vínculo adscribiéndose vergonzosamente la culpabilidad por dichas perturbaciones, o las dolorosas reacciones a las mismas. Para D. Orange, R. Stolorow y G. Atwood en estos contextos la experiencia del self puede quedar dominada por un *sentimiento de defectuosidad*, de ser intrínsecamente defectuoso, quizá de sentir que a uno le falta algo esencial, algo que una persona completa seguramente tendría. La grandiosidad defensiva sería el antídoto para este *sentimiento subyacente de defectuosidad o deficiencia*, **principio organizador opresivo** que lleva a fenómenos clínicos como adicciones, perversiones sexuales y actuaciones agresivas o grandilocuentes.

Paciente varón de 52 años, llevamos algunas sesiones con el tema de su retentividad en el baño, así como las vicisitudes del dar y recibir. En esta sesión en la que trae experiencias de su infancia en las que se siente como un niño caprichoso, demandante, pero que no sabe lo que quiere hay un momento en el que enérgicamente dice "yo lo que quiero es que me den", "estoy harto de dar, lo que quiero es que me den", a mí me sale sin pensar sobre ello "para que te den hay que echarle" (este paciente es adicto a las máquinas tragaperras) al momento calla y después me dice que es un jodido egoísta, e insoportable, aparece su self defectuoso. El contexto familiar

de este paciente es un contexto autoritario, seco y frío emocionalmente (como el clima de su querida Castilla y León, seco y frío) heredero de la tradición judeo-cristiana y de la guerra civil.

A este momento sobrevinieron una serie de asociaciones entre las máquinas tragaperras, el dar y recibir y la retentividad. Por ej. a las máquinas tragaperras echamos, damos hasta que se llenan y luego lo sueltan todo...Un poco escatológico, ¿no? Sin ánimo de seguir hurgando en la herida está claro que en esta sesión el paciente se soltó.

Cuando los padres o cuidadores no ven al hijo como un otro, con sus propias angustias, necesidades y deseos pueden proyectar en ellos sus propios deseos, expectativas, angustias, etc., probablemente porque su capacidad para contener y afrontar estas quedo en entredicho en sus relaciones con sus propios cuidadores dándose así la *transmisión intergeneracional* de estos patrones relacionales, modelos operativos internos de vinculación.

Se consolidan intergeneracionalmente unos patrones relacionales que anulan la identidad propia, la capacidad de agencia del self, la subjetividad y la singularidad de la persona. Al no existir una identidad propia y tener un sentimiento de defectuosidad, lo que hay es una vulnerabilidad y fragilidad para afrontar las vicisitudes que la vida depara, conflictos evolutivos incluidos. Ante esta vulnerabilidad y fragilidad narcisista el niño se queda sin recursos, y lo que es peor sin la capacidad ni el ánimo para aprenderlos, lo que les lleva a necesitar y depender de un otro. Como dice Andrés M Joison en su libro: "Navegar en el inconsciente: la creatividad en las adicciones", (Psimática 2019) la disposición afectiva comienza en la infancia ante la existencia de un abuso estructurante fundacional de la dependencia. *Tanto la desatención del niño, que requiere de cuidados y afecto, como la utilización de manera abusiva para dar un único sentido a la vida de la madre, son considerados abusos estructurantes fundacionales, ya que la madre está en superioridad de condiciones respecto al bebe, a su hijo y este necesita de su madre para sobrevivir.*

Las madres de los dependientes suelen ser codependientes y dependientes emocionales ya que utilizan de manera inconsciente como relleno o tapón de sus angustias a su hijo (Joison, 2015). Para este autor el patrón vincular de los adictos es el apego abusivo.

Ante la incapacidad de los padres de contener y afrontar sus angustias y estados afectivo emocionales se instaura desde la primera infancia un modo vincular de abusos que se manifestarán en sus futuras relaciones:

- 1) de manera activa, abusando (drogas, alcohol, vínculos, etc.)
- 2) de manera pasiva siendo abusado (como tapón de los vacíos de familiares, amistades, pareja, etc.).

Este patrón relacional se repetirá, convirtiéndose en el vínculo matriz estructurante de un modelo patológico de relación. Estos patrones de relación son los que sostienen al adicto, repitiendo como sus padres la incapacidad para afrontar sus estados afectivos-emocionales, estrechando su espacio íntimo y singular, invalidando su identidad y subjetividad, creando por tanto un "falso self" que se "acomoda patológicamente" a un vínculo, objeto y/o sustancia.

Las conductas adictivas representan una defensa contra intensos sentimientos de desvalimiento, teniendo un papel central en las personas adictas los sentimientos de impotencia/indefensión. La valía ha sido cuestionada por sus padres lo que según Wurmser contribuye a la creación de un superyó arcaico que cuestiona *el valor del Self*. Para Kohut y Khantzian, (Psicología del self) McDougall y Kernberg (Psicología de las relaciones objetales) ante la ausencia de un objeto bueno, capaz de proveer seguridad y bienestar, el niño es incapaz de tolerar los afectos y angustias y buscará la fusión con el objeto de cualquier modo configurando un falso self a través de la acomodación patológica a los cuidadores de dos posibles formas:

- 1) Padres o cuidadores que utilizan al hijo (inversión de roles) como contenedor o sostenedor de sus problemáticas y/o vacíos existenciales, bien por problemas de pareja o ausencia de esta. Se da un patrón relacional en el que el niño no es visto, reconocido, validado por el otro no pudiendo, por tanto, conformar una identidad propia, su singularidad y subjetividad queda en entredicho. **Su identidad es conformada en relación a cuidar de un otro**, su proceso de diferenciación, de individuación queda bloqueado, su espacio íntimo en el que la afectividad, la imaginación y la creatividad constituyen su subjetividad es estrechado o inexistente. Esto conlleva la inexistencia de una identidad propia y la necesidad de la presencia de un objeto único para proporcionar un equilibrio al sujeto.

El principio organizador inconsciente en este contexto intersubjetivo es *"Necesito que el otro me necesite para ser alguien, yo no soy nadie sin el otro, sin la sustancia y/o el objeto"*

- 2) Padres o cuidadores que necesitan que el hijo los necesite, sobreprotectores que su vida tiene sentido en relación al cuidado de su hijo. La adicción del hijo es necesitada, a nivel inconsciente, para cuidar de él y así no enfrentarse a sus propias angustias y anhelos. **El hijo es anulado e invalidado en su capacidad de cuidarse** a sí mismo no siendo capaz de desarrollar su propia identidad repitiendo el modelo operativo interno del cuidador cuyo **principio organizador inconsciente es:**

"No soy capaz de cuidar de mí mismo, necesito de un otro que me cuide, sin ese otro, sin esa sustancia, sin ese objeto no soy nada"

BREVES NOTAS SOBRE LA PSICOTERAPIA

Dice Karl Menninger:

“Una persona tiene dificultades inusuales cuando afronta los conflictos con su entorno y levanta una polvareda, por así decirlo. He usado la metáfora del pez enganchado al anzuelo: sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo para liberarse de su sufrimiento, y como sabe todo pescador (terapeuta) esos esfuerzos pueden tener éxito”.

Alejandro Ávila Espada en: “Al cambio psíquico se accede por la relación” nos dice: El vínculo, término que viene del latín “vinculum” derivado de “vincere” (Atar, unión o atadura de una persona o cosa con otra), describe la construcción básica en la formación de la subjetividad y es el concepto fundante de lo intersubjetivo. Desde su base biológica, tendencia filogenética a la vinculación, hasta su consideración como estructura psíquica que permite la organización de la subjetividad en la articulación de lo intersubjetivo como ámbito de efectuación y lo intrasubjetivo como ámbito de representación.

Para Carlos Rodríguez Sutil (1995 a, 1998, 2002) citado por Ávila Espada el vínculo es el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección en el infante de sus tres elementos: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos.

Es desde una base segura que se va cocreando en la psicoterapia a partir de la contención, validación y reconocimiento de los estados afectivos-emocionales del paciente por parte del terapeuta que se podrá coconstruir una verdadera identidad, (un verdadero Self). Desde este reconocimiento y validación, no de lo que hace, sino de lo que piensa, siente se podrá ir abriendo un vínculo seguro, de confianza que permita al paciente acercarse a su verdadero self, a su singularidad como persona. Es un recorrido, una travesía que se da desde el no poder pensarse y sentirse (debido a la anulación e invalidación, a la inexistencia) a poder pensarse y sentirse al ser reconocido y validado, al ser visto como un otro que existe con sus afectos, su imaginación y creatividad.

Por tanto, nuestro trabajo en psicoterapia consistiría en un pasaje, en una travesía (para Andrés, M Joison) que va desde la fusión, la dependencia, a la autonomía, la capacidad de sentirse, imaginar, de crear. Sería un pasaje desde el no sentirse visto por el otro a ser visto por ese otro y así poder verse a sí mismo y todo esto solo es posible en un proceso de psicoterapia fundamentado en la disponibilidad (disposición afectiva a sentir, neuronas en espejo, los estados emocionales del paciente y los que nos genera a nosotros) del terapeuta para validar y reconocer a nivel consciente e inconsciente la singularidad/subjetividad de ese paciente estableciendo una base segura, un vínculo de confianza en el que el paciente va generando la expectativa de que sus reacciones emocionales dolorosas y sus defensas ante los sentimientos

de ser defectuoso pueden provocar aceptación y comprensión. En definitiva, se co-construirá un patrón relacional diferente al que estructuró su mundo relacional.

El vínculo terapéutico es co-creado en el encuentro de dos subjetividades que generan un campo intersubjetivo que proporciona la seguridad y confianza suficientes para que el paciente pueda construir su propia identidad, afrontando los sentimientos de vacío e inexistencia, así como de debilidad, indefensión y defectuosidad del self.

Paciente de 25 años tercera sesión de su tratamiento por consumo de cocaína, lleva 3 meses viviendo solo lejos de la familia y también de su novia con la que ha roto. P- Es que estoy en la cocina y no me quito de la cabeza las ganas de consumir, les digo a mis compañeros "es que me iba ahora mismo a consumir, buff !!!, buff !!!..." T- Si, buff!!! no es fácil aguantar, como lo hiciste? como conseguiste no consumir? P- Buff, no lo sé, solo sé que no me lo quitaba de la cabeza. T- ya, es como que las ganas lo llenan todo. P- Si, sí. T- Sabes, tal vez cuando uno está en una situación así y lleva mucho tiempo en el mismo sitio puede ser bueno cambiar de lugar, refrescarse un poco...Seguimos hablando de que estrategias puede utilizar en esos momentos, pensar en las ventajas de no consumir, distraerse con algo, etc. Más tarde, por la mitad de la sesión, me habla de cómo son las relaciones con sus padres los cuales están separados desde que él tenía 12 años. En la relación que más se centra es en la de su madre que tiene fibromialgia y que siempre está pensando que algo malo la va a pasar. El intenta solucionar sus problemas y calmarla, esto siempre ha sido así, digamos que siempre ha intentado cuidarla y cuando no está ahí y cree que ella necesita ayuda se siente culpable. Durante la sesión él va hablando de que es igual que su madre, que se siente débil para afrontar las cosas y que es muy nervioso. Siempre se ha sentido como inferior, incapaz, también para ligar con chicas pues se ve muy mal físicamente (es bajito y delgado) y mentalmente se ve muy impulsivo, muy nervioso y que lleva muy mal estar solo. El terapeuta ha de ser capaz de escuchar y contener todos estos sentimientos de defectuosidad, debilidad, de no ser capaz, etc. desde la aceptación y comprensión para que el paciente pueda ir poco a poco aceptándolos y sintiendo que no le determinan como una persona defectuosa. El paciente es reconocido y validado al compartir con él el malestar que estos sentimientos de defectuosidad, debilidad, impotencia e indefensión le provocan

Sami Ali (1979), en "Cuerpo real, cuerpo imaginario", Buenos aires, Paidós; habla de tres momentos o tiempos de reconocimiento de uno mismo en cuanto a la constitución de una identidad diferenciada, "*el primer momento es el de no tener rostro, el segundo es el de tener rostro y el tercer tiempo se define por la percepción del rostro del otro como otro*".

Para la constitución de esta identidad es necesario la mirada valorativa afirmativa del otro, para que él bebe exista ha de ser creado (Winnicott) en la mente de sus cuidadores, lo que hace

necesario una madre (cuidador) suficientemente buena que sea capaz de validar y reconocer con su mirada valorativa afirmativa a ese bebe, así como ha de ser capaz de reconocer las desconexiones para poder repararlas. Es desde esa base segura, desde ese vínculo seguro que él bebe, luego niño se podrá ir diferenciando del otro en un proceso que cuanto más siente su singularidad más puede ver la singularidad del otro y viceversa.

Todo esto tiene un paralelismo con la psicoterapia (debido a la flexibilidad y plasticidad neuronal), en la que si todo va bien se romperán las transmisiones intergeneracionales de patrones relacionales constituidos a lo largo de una historia generacional, siempre en interacción con los contextos socioculturales.

Esta sociedad narcisista, consumista, individualista, virtualizada, sin valores (sociedad líquida como decía Sigmund Baumann) contribuye a la invalidación, anulación de la singularidad y la subjetividad de sus ciudadanos llegando, incluso, a poder transformar nuestra biología y genética, sobre todo, en este momento digital, a nivel cerebral.

Las grandes preguntas filosóficas, con sus concomitantes angustias cobran hoy día más valor que nunca, ¿quiénes somos?, ¿Por qué somos como somos?, ¿a dónde vamos?, así como la máxima de la filosofía de cuestionarlo todo. Hoy más que nunca cobran sentido los planteamientos filosóficos, psicológicos y psicoanalíticos que fomentan la singularidad/subjetividad de las personas cultivando un espíritu crítico hacia el actual contexto sociocultural, muy determinado por el sistema productivo, con el que la industria farmacéutica y buena parte de la psicología y psiquiatría están en connivencia. Hacer dejación de nuestra capacidad para pensar sobre estas preguntas, con sus angustias concomitantes, nos puede convertir en seres impulsivos, irreflexivos y homogéneos, sin identidad propia y que para sostener nuestro vacío y sin sentido necesitemos consumir lo que sea, personas, objetos, sustancias, programas de televisión, etc.

ADDENDA

El ser humano es un sujeto en falta, incompleto y por tanto siempre anhelante, esto nos impulsa a conseguir grandes logros, pero también a taponar estas carencias y anhelos por la vía de la adicción. La línea que separa una posibilidad de otra es muy delgada y son los contextos intersubjetivos en los que nacemos y nos desarrollamos los que determinan una u otra posibilidad. Contextos familiares y sociales invalidantes que no reconocen la singularidad del otro, fácilmente pueden generar sujetos vulnerables, con un sentido de sí mismo débil y de defectuosidad, incapaces de regular sus afectos, sentimientos y vivencias. Muchos son los sutiles caminos y no tan sutiles por los que transita el no reconocimiento, la falta de sintonía y

la **invalidación** y una buena muestra de ellos podemos encontrarlos en el fabuloso libro de Margaret Crastnopol sobre el micro-trauma (retraimiento caprichoso, maestría destructiva, intimidad inquietante, amabilidad excesiva, etc.). El sujeto adicto en el intento de regular sus afectos, sentimientos y vivencias va a utilizar a personas, objetos y sustancias para que le saquen de su sentimiento de inadecuación, vulnerabilidad e indefensión y así sentirse más completos y poderosos hasta el punto de no desear ni anhelar, sino solo querer gozar.

Es la psicoterapia relacional una magnífica y humana perspectiva para trabajar con este tipo de pacientes y creo que en parte esto es debido a su apertura al reconocimiento, valoración y sintonización a diferentes padres fundadores y fundadoras; siguiendo un comentario de Carlos Rodríguez Sutil en el prólogo al libro sobre micro-traumas de M. Crastnopol.

REFERENCIAS

- Ali, Sami (1979). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*, Buenos aires: Paidós
- Altamore D. (2006). *Las sombras del goce. Para una clínica de las adicciones*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ammaniti, M. y Trentini, C. (2011). [Como los nuevos conocimientos sobre Ser Padres revelan las implicaciones neurobiológicas de la intersubjetividad: Una síntesis de las investigaciones recientes](#), *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 60-84.
- Ávila Espada, A. (2011). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2), 195-220.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coord). (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Editado por Socidrogalcohol - Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) con cargo a la Orden SAS/2293/2010 de 19 de agosto.
- Crastnopol, M. (2015). *Micro-Trauma: Una comprensión psicoanalítica del daño psíquico acumulativo*. Madrid: Ágora Relacional. Colección Pensamiento Relacional.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2008). La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del self. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. Nº 30.
- González Guerras J. (2011). "Yo solo, por ahí, lleno de mocos". Reflexiones sobre el tratamiento relacional de la adicción grave, *Clínica e Investigación Relacional* 5 (3): 525-542.
- González Guerras, J. (2014). Sobre las adicciones y... Ante la intolerancia a los afectos. ¿Trascender y/o negar la realidad? *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 379-393.
- Gonzalo Acuña G. (2009). Una aproximación psicoanalítica contemporánea al entendimiento de las adicciones. Programa Adicciones Clínica Santa Sofía. Dirección postal: Cruz del Sur 468, Las Condes, Santiago.
- Ingelmo, J., Ramos, M^a I., Méndez, J.A. y González, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional de la psicopatología: su aplicación al problema de la dependencia de drogas. *Revista de Psicoanálisis: Aperturas Psicoanalíticas* nº 5

- Joison M. A. (2015). *De la adicción a la autonomía*. Barcelona: Icaria
- Joison M. A. (2019). *Navegar en el inconsciente: la creatividad en las adicciones*. Madrid: Psimática
- Kalina, E. (1997). *Temas de drogadicción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lanza Castelli, Gustavo (2013). Trabajando con pacientes en los que falla la capacidad de mentalizar. *Revista Aperturas Psicoanalíticas* Nº45.
- Le Poulichet, Sylvie. (2012). *Toxicomanías y psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Levine, Peter A. (2018). *Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo*. Barcelona: Eleftheria.
- Llorente del Pozo, J., y Fernández, C. (1999). Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
- López Acosta, C. Antolín (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico?. *Revista: Psykhe*, Vol.15, Nº1, 67-77.
- Moguillansky J. R. (2002). *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Buenos Aires: Méjico.
- Orange, D.M., Atwood, G.E. y Stolorow. R.D. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional. Colección Pensamiento Relacional.
- Sassenfeld J, André (2010). Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Revista CEIR*. Vol. 4 (3) pp. 562-595.
- van der kolk, B. A. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria
- William R. M. y Stephen R. (1991). *La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona: Editorial Paidós

Original recibido con fecha: 1/11/2019

Revisado: 30/12/2019

Aceptado: 15/03/2020

NOTAS:

¹ Una primera versión de este trabajo fue presentada en la VIIIª reunión bienal de IARPP-España, celebrada en Sevilla, Octubre de 2019.