

JUGAR CON LAS DROGAS. APOSTAR POR LA TERAPIA¹

JUAN DOMINGO MARTÍN FERNÁNDEZ²

Vinaròs, Castellón, España

Este trabajo presenta una mirada alternativa a la intervención cognitivo-conductual en las conductas adictivas, posibilista y comprensiva, que parte de las ideas de Winnicott, y se esfuerza por llevarlas a la práctica clínica en este contexto de tratamiento, la Unidad de Conductas Adictivas. Recibimos a la persona con respeto y no la tratamos como un enfermo, un déficit o un sujeto "dependiente" sin más; Indagamos su "virtualidad sana", la capacidad potencial de cambio explicitada en el pasado, en las fases de crianza y desarrollo previas a la adicción, que son por esta razón susceptibles de recrearse en el futuro, en el curso del seguimiento terapéutico en la UCA. La terapia individual analítica tiene como objetivo principal este "self verdadero" del paciente, que habita detrás del falso parapetado por los síntomas, los consumos compulsivos, las recaídas recurrentes, el desgaste continuo de las relaciones afectivas, el desapego de vivir. La propuesta y sus problemáticas se ilustra clínicamente.

Palabras clave: Adicciones, Psicoterapia, Perspectiva relacional

This work presents an alternative view of the cognitive-behavioral intervention in addictive behaviors, possible and comprehensive, which starts from Winnicott's ideas, and strives to bring them to clinical practice in this treatment context, the Addictive Behavior Unit (UCA). We receive the person with respect and we do not treat him as a patient, a deficit or a "dependent" subject without more; We investigate their "healthy virtuality", the potential capacity for change made explicit in the past, in the phases of upbringing and development prior to addiction, which are for this reason capable of recreating in the future, in the course of therapeutic follow-up at the UCA. Analytical individual therapy has as its main objective this "true self" of the patient, who lives behind the false shelter of symptoms, compulsive consumption, recurrent relapses, the continuous wear and tear of affective relationships, detachment from living. The proposal and its problems are clinically illustrated.

Key Words: Addictions, Psychotherapy, Relational perspective

English Title: PLAY WITH DRUGS. BET ON THERAPY

Cita bibliográfica / Reference citation:

Martín Fernández, Juan Domingo. (2021). Jugar con las drogas. Apostar por la terapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 15 (2): 352-358. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2021.150203

¹ Trabajo leído en las VI Jornadas de Psicoanálisis Relacional, que sobre el lema: "Winnicott en el Psicoanálisis Relacional Actual: Creatividad, intersubjetividad y el jugar en la clínica" se realizaron online desde Barcelona, los días 14 y 15 de Mayo 2021, organizadas por el Instituto de Psicoterapia Relacional y el Institut Català D. Winnicott

² JUAN DOMINGO MARTÍN FERNÁNDEZ. Valladolid, 1982. E-mail: juandomismo@yahoo.es Licenciado en Psicología por la Universidad de Salamanca (2005), Especialista en Psicología Clínica por el Hospital Río Hortega de Valladolid (2011), Máster en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional por IPR – Ágora Relacional de Madrid (2014), Doctor en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid, con la tesis titulada: "Aproximación a la melancolía. Una comparación entre dos perspectivas: la freudiana y la cristiana" (2015). Desde 2014 trabaja como Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica en la Unidad de Conductas Adictivas de Vinaròs (Castellón), de la red pública de la *Conselleria de Sanitat* de la Comunidad Valenciana (España).

Este artículo trata del abordaje psicoanalítico relacional de las conductas adictivas: aquellas personas que consumen drogas hasta llegar al abuso/dependencia y/o padecen ludopatía, y acuden por iniciativa propia o ajena (presiones familiares, sanciones administrativas o judiciales, etc.) a la UCA - Unidad de Conductas Adictivas, tal como se denomina en la Comunidad Valenciana-, esto es, a la sección de la salud mental pública especializada en esta clase de trastornos. El abordaje psicológico habitual obedece a los postulados de la Terapia Cognitivo Conductual, con la cual funcionan sistemáticamente las instituciones encargadas de contener y rehabilitar a estos pacientes (Unidades de Desintoxicación, Centros de Día, Comunidades Terapéuticas, Viviendas Tuteladas), en estrecha alianza con el modelo médico psiquiátrico, el abordaje prioritario farmacológico y la repetición de pautas y controles que suelen tener su primera implantación -y transgresión- en el contexto familiar.

Una mirada alternativa a ésta, posibilista y comprensiva de los síntomas, es la que parte de las ideas de Donald Winnicott (1951, 1960) y se esfuerza por llevarlas a la práctica clínica en este contexto de tratamiento, tal como pretendemos hacer día a día en el dispositivo en el que trabajo. Primero de todo, el médico de conductas adictivas y yo recibimos a la persona con respeto y no la tratamos como un enfermo, un déficit o un sujeto "dependiente" sin más; el análisis del caso clínico concreto ha de alcanzar antes que nada su "virtualidad sana" -que diría Jorge García Badaracco (2001)-: la capacidad potencial de cambio explicitada en el pasado, en las fases de crianza y desarrollo previas a la adicción, que son por esta razón susceptibles de recrearse en el futuro, en el curso del seguimiento terapéutico en la UCA.

La psicoterapia individual analítica remite continuamente a este "self verdadero" del paciente, que habita detrás del falso parapetado por los síntomas, los consumos compulsivos, las recaídas recurrentes, el desgaste continuo de las relaciones afectivas... en definitiva, el desapego de vivir. Hacer brotar este auténtico ser, creyendo en él a pesar de toda evidencia contraria (tanta repetición e impulsividad) es el objetivo principal. Traerlo a terapia no es fácil, porque la atención y el discurso enseguida se van a los déficits, los tropiezos, las broncas familiares, las lamentaciones personales.

El lenguaje compartido necesita ser validante, reparador, transicional desde la devastación interior del Yo del sujeto / exterior del entorno, a la esperanza justificada en un esfuerzo de recuperación, confianza en el cambio paulatino, deseo de rehabilitación y curación saludable con el tiempo. Empezamos entonces la psicoterapia con un juego al más puro estilo winnicottiano, porque no hay reglas establecidas de antemano, como en el "game" del formato conductual, todo él construido por normas de obligado cumplimiento -

escasamente negociadas- impuestas al paciente, bajo la estrecha mirada de la retaliación e incluso el abandono si se le ocurre recaer. Nuestro juego terapéutico relacional es “play”, abierto, creativo, comprensivo con los deseos del sujeto, con sus fantasías y elecciones, errores y lamentos, las lecciones de vida que va aprendiendo a medida que sufre, cae, se levanta, espabila y vuelve a equivocarse. El respeto a sus decisiones, a su responsabilidad, se enmarca en esta flexibilidad de las normas, compartidas, empáticas, que asume mejor los límites de la terapia que los criterios preestablecidos de las contingencias.

La cuestión clave que me gustaría comunicar en las jornadas, y que a mi juicio es la principal lección de Winnicott (1955-1956, 1971), es la manera en que los terapeutas *nos debemos dejar* utilizar por el paciente, convertirnos por la transferencia en objeto de sus impulsos, frustraciones, hostilidades, contriciones, sin aceptar nunca darnos por vencidos, rendirnos a la adicción, tirar la toalla del proceso, expulsarle de nuestro dispositivo o darle por perdido (por un supuesto incumplimiento del contrato, o fracaso en la terapia). Tampoco podemos vengarnos de él con comentarios hostiles o pasivo-agresivos que delatan nuestra impotencia terapéutica. El paciente en sesión no necesita de más leyes parentales estrictas que repitan los marcos familiares fracasados, sino de ese afecto maternal que conecta con el ser-para-sí de su alma: la libertad de elección, tan anulada por ese ser-para-los-otros (para la droga y la melancolía) que el *craving* le reclama cada poco.

Creando en el auténtico *self* del sujeto, sano y capaz, resistimos los impulsos *tanáticos* agresivos sin desfallecer, sin cerrar la puerta de nuestro despacho, devolviendo siempre la mirada de la tolerancia, el respeto, la salud, la aceptación incondicional del otro. Esta mirada, tacto, *handling* y *holding* winnicottianos, cura con el tiempo al paciente; la perseverancia afectiva le devuelve autoestima y fe en sí mismo, le permite pensar lo sabido desde siempre, y hasta entonces no asimilado, que es la inutilidad de la adicción.

Así pues, habremos de recibir cuantas veces quieran los pacientes venir a consulta, con y sin cita, presencialmente o por teléfono, en estado aceptable y también lamentable, escuchar sus demandas, contener sus críticas, devolverles la capacidad, tolerar sus interrupciones y escapadas, readmitirlos cuando vuelven a intentarlo, y luchar con ellos hasta que la abstinencia -o el “consumo mínimo” de lo que sea- consiguen establecerse en la dinámica del sujeto un día tras otro, una semana tras otra, un mes, otro más... Una serie de victorias temporales, aparentemente frágiles, que van enseñando la verdadera cara del *self* del paciente, deteriorada por el fantasma de la adicción.

Las personas que acuden a la UCA, como ustedes comprenderán, son muy variopintas, y es complicado establecer un perfil claro, ni siquiera en edad, sexo o la sustancia de consumo. Ni falta que nos hace para lo que aquí se trata. Hoy lo que quisiera es

presentarles dos ejemplos reales, a los que llamaré Fabricio y Mara, y varias situaciones transferenciales que he vivido junto a ellos.

Fabricio tiene 39 años, es padre de dos gemelos de corta edad, vive con ellos y su mujer, que es psicóloga de un centro asistencial. Empleado de mantenimiento, acude a nosotros porque no consigue reducir el consumo de cocaína, que toma en casa a escondidas, como medio de evadirse de follones familiares, trifulcas de los niños, frustraciones de cualquier clase y otras situaciones de impotencia o inferioridad. Ha aprendido con los años a relajarse con este tóxico estimulante, y a veces lo antecede con alcohol tras una intensa jornada laboral; paradójicamente, lo que empezó siendo ocioso y divertido, entre colegas de fiesta los fines de semana, se ha convertido en el modo habitual de desconectar de la realidad y “tener tiempo para mí”. A este paciente la droga le funciona como recompensa, sobre todo cuando los niños se pelean entre ellos y le “sabotean” planes deportivos o saludables que él se había propuesto realizar con la familia. La mujer lleva meses concentrada en su trabajo, en puestos de responsabilidad de la institución, y la comunicación entre ellos, aunque es buena, no llega a estas intimidades. Fabricio teme que, si le dijera la verdad, lo que consume, ella se divorciaría inmediatamente, como ya le amenazó hace diez años durante una crisis similar, cuando él pudo cortar con los consumos por su cuenta.

Ahora ha creído que podía repetir la misma actitud, pero no le ha funcionado; el *craving* se ha disparado con todas las restricciones acarreadas por la pandemia, y la escalada estaba siendo casi diaria, con grandes desembolsos de dinero que le estaba costando cada vez más ocultar, más el temor a un fallo orgánico por la vulnerabilidad pancreática que padece. Por no hablar de la culpa y la dialéctica obsesiva de que le pueden pillar en cualquier momento, y de que realmente él no quiere hacer eso, “quiero estar limpio y sano de verdad”.

Fabricio puede comunicar con su hermano, con historial también de adicciones, pero en absoluto insinuarle a la mujer nada de que acude a la UCA o ha tenido episodios de consumo (el alcohol ella lo puede admitir, la *coca* no). La doble vida es uno de los *a priori*s que exige este paciente, una condición que desde luego nosotros vamos a respetar, aunque de tanto en tanto se le pueda señalar que las personas que nos quieren, y que ya sospechan que algo raro nos pasa, son capaces en tiempo y forma de asimilar la verdad y acogerla, y que las mentiras no hacen más que engordar la bola del personaje fraudulento del que aspiramos a deshacernos. “Tú no la conoces”, responde Fabricio, “sé que, si se entera de lo que hago, me deja y se queda los niños”.

La transferencia obsesiva es interesante, pues el paciente repite insistentemente la buena sintonía que tiene con la mujer, actividades compartidas que disfrutaban todos y el ambiente familiar que cada uno trata de crear para el otro, como gran ideal colaborador y

validante. Pero el empeño autosuficiente del paciente, que continúa en el transcurso de la terapia -ya seis meses, con distintas fases y períodos de abstinencia, no superiores a las dos semanas-, incrementa el *craving* ante frustraciones cotidianas, sin que haya podido crear una alternativa suficiente, reconfortante y placentera para esos momentos de soledad, enclaustramiento, desconexión. No hay ritual -individual, familiar, deportivo- que supere en *goce* al consumo de la cocaína, y el paciente se encuentra atrapado. Ha solicitado ayuda farmacológica, y aunque los comienzos son prometedores, al cabo de dos semanas vuelve el impulso y el dilema, y nuevamente el fracaso de esta "pauta-game", como anteriormente lo fueron también la comunicación con el hermano, la ocupación del tiempo libre, la precaución con el dinero o la delegación de las faenas familiares.

Falta crear el "play" de la terapia, esa tecla -justamente esa, el *play*, el *on*- de las muchas que estamos Fabricio y yo tocando en el *setting* terapéutico, establecido según el formato antes explicado: llamadas o visitas presenciales semanales -estas últimas programadas en la medida de lo posible, dadas las precauciones sanitarias por la Covid-, expresión y simbolización en sesión para buscar y encontrar significados a lo que está pasando, a los impulsos y los refugios, a la interpretación de la culpa y los planes de cambio del paciente que no salen como él espera, la comunicación con el entorno y los silencios o sorteos... En suma, el esfuerzo del sujeto en remontar una y otra vez pese a los fracasos repetidos, fiándose más de su capacidad y el lapso de abstinencia, que de los momentos de *craving*, caída o dilema, donde el Yo se confronta entre la parte adicta de repetir lo malo conocido, y la sana de madurar las pequeñas pistas de libertad e *insight* de la vida corriente. Los consumos se han reducido en lo cuantitativo y lo cualitativo, y el manejo de la culpa ahora es menos intrusivo y amenazante que antes, porque también el paciente necesita de alguien a quien él pueda comunicar *la verdad* y no le devuelva una represalia castradora, sino un señalamiento interrogante.

El seguimiento de Mara no es tan frecuente y voluntarioso como el de Fabricio, sino que "va más a la suya". Las visitas y/o llamadas terapéuticas son dos o tres por mes, y la paciente ha mostrado resistencia si -en nuestro ámbito clínico o en otros dispositivos, como la Comunidad Terapéutica o el Centro de Día donde fue remitida tras salir de Desintoxicación y Media Estancia- se le ha orientado a asistir a más sesiones, tomar más precauciones con amistades consumidoras y otros factores de riesgo, etc. De nuevo "pautas-game" que en muchos sujetos ahogan la terapia más que cualquier otro resultado positivo, porque repiten "lo que siempre me han dicho mis padres", que no es otra cosa que el sentido común.

Mara, 35 años, vive sola con su perra y dos gatos, visita a diario a su abuela anciana y al padre -con quienes come y le sirven de vínculo estable-, a veces también a la madre, es

una consumidora diaria alcohol y cannabis desde los 13 años, también de cocaína y éxtasis -MDMA. Varios historiales traumáticos de pareja, experiencias de maltrato con 24 años, dinámicas pasionales complicadas con tóxicos, negocios de hostelería, amistades conflictivas, ocio preferentemente con tóxicos y clara dependencia al alcohol (más de 10 cervezas todos los días durante años, más los porros). Además, en los últimos meses -y el ingreso en desintoxicación hospitalaria hace más de un año fue clave para la precipitación- desarrollaba una especie de síntoma obsesivo dismórfico corporal que rayaba lo paranoide, lo cual con otra serie de adornos le ha acarreado un diagnóstico médico de trastorno esquizoafectivo tipo depresivo, con el consiguiente *carro* de medicación añadida / "imprescindible" (actualmente en disminución).

La paciente tiene bastante clara la mentalización de abstinencia de tóxicos estimulantes, pero no así del alcohol y el cannabis, pese a períodos bastante largos de abstinencia forzosa / hospitalaria, el último de ocho meses. Mara refiere que no le encontraba alegría a esta supuesta "salud", le aburría, no era ella misma con su gracia y desparpajo social; no eran exactamente síntomas negativos de la enfermedad, aplanamiento afectivo, anhedonia ni embotamiento, ni tampoco síndrome de abstinencia de la adicción, sino que lo podemos leer como una transición insatisfactoria (por lo teledirigida desde fuera, desde la "normalidad" y la pauta médico-psicológica) del falso *self* al presunto verdadero.

Así que el *craving* fue a más, su participación voluntaria en dispositivos y recursos a menos -mantuvo la UCA, por el formato no directivo y abierto que tenemos- y la recaída en los consumos se produjo hace cuatro meses. En realidad, la evolución es poco favorable, pues a raíz de la fiesta de su cumpleaños la pendiente de los consumos de alcohol y estimulantes está siendo cada vez más pronunciada, uno diario y el otro semanal, y las obsesiones dismórficas faciales han reaparecido, lo mismo que las intoxicaciones esporádicas.

Lo que podría leerse como una regresión sintomática -que sin duda lo es- también, bajo los criterios de Winnicott, podemos verlo como un prisma más complejo del fenómeno clínico de Mara, y como una búsqueda activa de esa "transformación" del *self* en algo más propio, más autónomo según los ideales subjetivos, que no comparten el principio de abstinencia absoluta de tóxicos pregonado por el discurso psiquiátrico oficial. La paciente critica los estimulantes e incluso el cannabis, teme sus efectos y no los quiere consumir -le incitan las amistades, "cae en la tentación" cuando apenas ha bebido algo-, pero piensa lo contrario del alcohol, pese a toda la evidencia psicoeducativa recibida durante años. Juega con él, es vínculo de afinidad y mutualidad con las amigas, caballo de batalla con un novio

que se ha echado hace pocos meses (ex-usuario del Centro de Día como ella), que tiene más mentalización de abstinencia, aunque tampoco plena... Y es que el alcohol, mal que nos pese, es parte de su identidad: "he bebido toda la vida, comprendeme".

Mara apuesta por "las cervecitas", podríamos decir, pero también -hasta ahora- por la terapia. Por este formato que trabajamos con ella, con todas las salvedades que podemos hacer en el esfuerzo de adaptarnos a su demanda, y a lo que de sano-competente vemos en ella. El objetivo terapéutico, hablado, simbolizado, identificado con ella, no es el usual de la rehabilitación, sino el flexible y arriesgado de la "reducción de daños", o lo que es lo mismo, la emergencia continua, contemporizadora, de los límites autorregulados que puedan proteger a la persona de los precipicios de los consumos, y a la vez extenderse razonablemente, en una dialéctica subjetiva de experimentación, relación, aprendizaje, precaución... responsabilidad. Un juego, este sí *play*, que busca transformar el *self* de Mara en autónomo, consciente de sus dependencias voluntarias, vividas sin abusos, daños ni autolisis.

Toda una apuesta arriesgada, desde luego, cuyo margen de maniobra iremos comprobando, juntos si ella lo permite, con el tiempo. Nuestra mirada clínica será siempre tolerante con Mara, empática, reparadora, porque como dice Christopher Bollas (1987), los terapeutas hemos de ser "objetos transformacionales" para los pacientes, mudando los riesgos en ganancias cuando afloramos la cooperación del Yo verdadero de ambos.

Termino recordando que, en su origen etimológico, "addictus" era el esclavo romano que se vendía a sí mismo o a su familia para abonar una deuda que no podía pagar de otro modo. Jugar con las drogas, caer en la adicción, consumir y consumirse con tóxicos, constituye uno de los grandes síntomas de la postmodernidad y el contexto más frecuente de nuestros *settings* terapéuticos, porque contamina sin piedad muchos cuadros clínicos. *Jugar con la vida y la terapia, sin reglas, pero con límites*, rescata lo saludable y estimulante de ese otro juego temerario, para ingeniar un "re-desarrollo" entre dos que descongela lo que la droga -y los prejuicios, y el estigma, y el pesimismo nihilista- había intoxicado: la facultad personal y subjetiva de renacer de tus cenizas y traumas, y restaurar la vida donde antes sólo había repetición y decadencia.

REFERENCIAS

Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

García Badaracco, J. (2001). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Barcelona: Paidós.

Liberman, A. & Abello, A. (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.

Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 307-324). Barcelona: Paidós, 1998.

Winnicott, D.W. (1955-1956). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 391-396). Barcelona: Paidós, 1998.

Winnicott, D.W. (1960). Deformación del Yo en términos de ser verdadero y ser falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Barcelona: Paidós, 1992.

Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1997.

Original recibido con fecha: 19/4/2021

Revisado: 30/5/2021

Aceptado: 30/09/2021