

# La psicopatología de las adicciones desde el psicoanálisis

*Fernando Bilbao Marcos\**

¿Es la farmacodependencia una psicopatología en sí misma o es sólo un síntoma de una entidad nosológica específica? ¿Es uno o son diversos los cuadros psicopatológicos donde se inserta la adicción a las drogas? ¿La adicción es independiente de las consideraciones psicopatológicas y corresponde sólo a las características propias de los fármacos capaces de generar dependencia? ¿La etiología de la adicción se puede explicar con el modelo o los modelos psicoanalíticos? ¿Es posible explicarse de la misma manera la psicopatología del adicto a diversas drogas? Es decir, el que es adicto al tabaco, al alcohol o a la heroína ¿presenta los mismos rasgos de personalidad? O el hecho de que algunas drogas sean consideradas de consumo legal y otras ilegales ¿hace cambiar la ubicación psicopatológica de quien las consume?

Con el presente trabajo pretendo encontrar algunas posibles respuestas a estas preguntas. Voy a desarrollar las distintas consideraciones que se han dado lo largo de los años acerca de lo que representa como trastorno de la conducta, el consumo de drogas de manera compulsiva.

## **La farmacodependencia como síntoma o como enfermedad**

En la actualidad, según el DSM IV, se considera a las adicciones con un trastorno relacionado con la ingesta abusiva de una droga. Es decir, de acuerdo a sus características sintomáticas es, en sí misma, una enfermedad de tipo mental. Sus consecuencias pueden ocasionar trastornos de tipo físico en el organismo del sujeto que consume la droga, tales como enfermedades respiratorias, cáncer, cirrosis, e incluso puede llegar a ser causa directa de la muerte del usuario. También son ampliamente conocidos los trastornos que el adicto a alguna droga provoca en el ámbito familiar y social. El DSM IV considera los siguientes

criterios para diagnosticar a un sujeto como adicto, si se presentan por lo menos tres de éstos durante un año:

1. Tolerancia; 2. Abstinencia; 3. Ingestión de una sustancia en cantidades mayores a las que se pretendía; 4. Falta de control o interrupción del consumo de la sustancia; 5. Emplear mucho tiempo dedicado a buscar y conseguir la sustancia; 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas; y 7. Continuar consumiendo la sustancia a pesar de saber de los daños psicológicos y físicos que ésta le está ocasionando.

Sin embargo, este diagnóstico se sitúa en un momento muy avanzado de la historia del sujeto. Está tomando un hecho en sí y un comportamiento ya muy definido. Pero no nos explica cómo es que este sujeto llegó a convertirse en el adicto que es ahora. Sin lugar a dudas, nos habla de patrones de comportamiento muy puntuales en los adictos. Es decir, en lo que sí hacen o presentan conductualmente todos los que sufren dependencia a alguna droga. Pero todos sabemos que además de depender de una droga, el sujeto tuvo una historia que lo llevó a consumir ésta y después a no poder dejarla. Historia que fue organizando una determinada estructura psicológica, en la que subyacen una serie de motivaciones y deseos, vinculados también a aspectos neurológicos, químicos y sociales. Esta estructura ya existe en el sujeto que posteriormente conoceremos como adicto. Hay que recordar que para que se presente el alcoholismo tuvieron que pasar más de 14 años desde el inicio del consumo y que el resto de las drogas no produce una dependencia inmediata, salvo quizá la heroína inyectada que tiene un promedio de 21 días (Oughourlian, 1974) o hasta de dos a tres meses para que se produzca la dependencia física (Escobedo, 1995). Es decir que la aparición del consumo de drogas llega ya empezado y casi construido el edificio de la personalidad de un sujeto, en la adolescencia y en algunos casos, en la latencia y la pubertad. Pero en esa edad todavía no se instala la dependencia como lo señala el DSM IV; se inicia el consumo y quizá haya abuso del mismo, pero no dependencia. Quizá se está gestando y se llegue a la dependencia, o quizá sólo se tenga un período de consumo, sin que se constituya en adicción. Entonces, ¿de qué depende que se llegue a la adicción? Seguramente de muchas circunstancias, tales como la disponibilidad de la droga, de su potencia adictiva en el ámbito bioquímico, de situaciones familiares y hasta económicas, de presiones sociales, de decisiones azarosas, de la falta de valores estables, pero principalmente pienso que depende de la estructura psicológica predominante del sujeto, por lo cual considero que la dependencia a las drogas tiene, en su origen, un carácter sintomático, que defino no como el causante de una enfermedad, sino aquel que señala la existencia de la misma en un sujeto y que antecede al síntoma.

Esto me lleva a la segunda pregunta planteada al inicio de este trabajo: ¿Es uno o diversos los cuadros psicopatológicos subyacentes en las adicciones?

Estoy de acuerdo en que no es sólo una psicopatología subyacente la que existe en todos los adictos. ¿Qué características tiene esta estructura psicológica? En el ámbito psicoanalítico se ha discutido mucho al respecto. Quiero resaltar lo que Eduardo Kalina ha escrito sobre este tema. Autor de nuestro tiempo, quizá el psicoanalista que más ha publicado y trabajado sobre adicciones en América Latina, nos dice que: "Drogadicción no es un diagnóstico que se corresponde en forma lineal con una estructura de personalidad definida. Es cierto que entre las personas que hoy usan drogas, en especial los jóvenes, hay un porcentaje muy significativo de trastornos narcisistas de personalidad, en especial los denominados *borderline* o *fronterizos*" (Kalina, 1988). Sin embargo, eso no impide que existan adictos con conflictos neuróticos, psicóticos, depresivos o psicopáticos. De la misma manera, hay personas que presentan tales psicopatologías y sin embargo no son adictas. La base de la adicción está, según este autor, en la incapacidad del ser humano de aceptar su condición de finitud, la condición de límite que impone el propio cuerpo y el límite final, que es el conocimiento de la propia muerte. Ésta es más intolerable si se es más frágil, si se es más débil. ¿Cuál es el origen de la drogadicción? Kalina, reconociendo su simplicidad, nos dice: "la falta de amor y el abandono".

Además de estos elementos, Kalina reconoce la participación de otros aspectos muy importantes para que un sujeto devenga adicto, éstos son de tipo individual y otros de tipo familiar. En cuanto a los individuales psicológicos considera:

1. Factores constitucionales: hay sujetos con diferentes grados y capacidades de respuestas ante las ansiedades y conflictos, desde que son bebés;
2. Relaciones objetales tempranas: constancia objetal, si éstas no se desarrollan y se da un micro o macro abandono, se genera un factor predisponente para la adicción al no promoverse un Yo maduro;
3. La depresión materna postparto puede ocasionar que ella requiera mucho de su hijo y lo sobreproteja, o bien, puede distanciarse de él y abandonarlo afectivamente;
4. La relación con la figura paterna: un padre ausente no podrá funcionar como un sujeto que contenga las dificultades de la madre y tampoco ejercerá el rompimiento de la simbiosis de la madre y el hijo, y *se hará de la vista gorda*, dejando al hijo en manos de una madre que sostendrá su matrimonio usando al hijo, explotándolo, ante la indiferencia y nula participación del padre, y;
5. La invasión de los límites del otro, donde los otros siempre están al servicio de los otros, manipulando y negando lo que el otro pueda desear

o sentir, imponiéndole sus propios sentimientos y hablando por ellos (Kalina, 1988).

En cuanto a las características de una familia que puede generar una personalidad preadictiva son:

- Uso indiscriminado de medicamentos entre sus miembros.
- Uso de tabaco compulsivamente cuando se presentan situaciones de ansiedad.
- Consumo de alcohol o comida cuando hay tensiones.
- Comprar, trabajar o hacer cosas de manera compulsiva, para no sentir angustia.

De esta manera es que se puede constituir un modelo de comportamiento en donde no se aprendió a pensar, y sí a actuar. No se adquirió la habilidad para la espera y por lo tanto tampoco para el control de impulsos. Y si se presenta la droga en el medio social o familiar, pues se hacen socios automáticamente, con el individuo preadicto (Kalina, 1988).

Nada de lo que desarrolla el autor me parece incorrecto, sin embargo creo que se requieren algunas precisiones. Estoy de acuerdo en que cada cuadro es capaz de producir un adicto, pero no cualquier adicto. No es lo mismo un neurótico que desarrolla adicción a la nicotina, que un psicópata que desarrolla adicción a la cocaína. Quiero decir que donde se instala la droga, se produce el desarrollo de un comportamiento generalmente encuadrado en la personalidad previa del adicto, que es favorecido por el consumo de las drogas pero no necesariamente creado por ellas; sí potenciado pero no definido por la droga. Sé que las drogas pueden alterar la capacidad de juicio, pero el juicio puede estar ya alterado al consumir con determinados objetivos de provocarse sensaciones que eviten el dolor o lleven al placer. Y la alteración del juicio no es igual en un neurótico que en un psicópata, o en un perverso o un psicótico. Es decir, no son iguales las alteraciones de las funciones del Yo en cada uno de los cuadros psicopatológicos y, por lo mismo, no pueden ser considerados en el mismo paquete.

También sé que algunas drogas provocan determinados comportamientos, pero habitualmente los adictos consumen las drogas más en relación directa con su personalidad previa. Por ejemplo, los *hippies* consumían marihuana como un medio para buscar un mundo mejor, sin violencia y con amor, en cambio los *junkies* consumían heroína porque preferían destruirse antes que manifestar su agresión hacia el exterior, una sociedad que detestaban, incluso se hacían tatuar una imagen en donde una jeringa tachaba a un fusil, con monedas o dinero a un lado. Ahora bien, esto no quiere decir que cada droga configure un determinado comportamiento, no, al menos no únicamente. Lo que determina el curso del comportamiento del adicto es básicamente la patología previa, aunque existan drogas que, por sus componentes químicos, generen euforia o depresión, o incluso violencia.

Actualmente muchos jóvenes consumen drogas que les evitan no el dolor ni la depresión, sino el sentimiento de vacío y futilidad, típico de las personalidades narcisistas. ¿Qué drogas consumen? La marihuana, la cocaína, la heroína y las drogas de diseño, anfetaminas preparadas, con las cuales se colocan en una búsqueda desesperada de sensaciones que los hagan sentir que no están solos, pero quedándose en la periferia, en la piel y nunca pudiendo llenar ese sentimiento de vacío y futilidad que viven internamente. Para terminar con este punto, concluyo: no pienso que un neurótico desarrolle una adicción a drogas de las llamadas pesadas; podrá consumirlas por cuestiones de curiosidad y exhibicionismo histérico, pero difícilmente se instalará en ella. Salvo en el consumo de tabaco y de algunos medicamentos recetados iatrogénicamente, los neuróticos no desarrollan adicciones de las pesadas. Sí en cambio, pienso que la mayoría de los actuales consumidores que abusan de las drogas y los adictos, corresponden a las psicopatologías denominadas limítrofes, narcisistas, psicopáticas y perversas. El consumo de drogas en psicóticos funcionales corresponde más a los depresivos y a los maníacos, pero éstos difícilmente podrían consumir en estado manifiesto y mucho menos en estado agudo de la enfermedad. He observado a esquizofrénicos con tratamiento ambulatorio, inhalando cemento o thinner, pero cuya enfermedad fue categorizada, según el diagnóstico del DSM IV, como trastorno psicótico inducido por sustancias.

Pasando a otra consideración que valdría la pena puntualizar es en cuanto a los elementos psicológicos que Kalina señala como constituyentes de la drogadicción. Si existen fallas en el establecimiento de la constancia objetal, fallas en la presencia del padre y problemas de invasión en el otro, estamos, en el aspecto teórico, en una situación preedípica y, por lo tanto, no correspondiente a la etiología de las neurosis clásicas y sí en cambio, a las de las llamadas preestructurales, siguiendo el esquema de desarrollo de Mahler, utilizado después por Kernberg, Tubert, Vives, entre otros, para designar las patologías *borderline* y narcisistas de la personalidad. Ahora bien, ante el *abandono y la falta de amor* de parte de los padres del adicto, como elementos etiológicos, nos remitimos a las concepciones de Winnicott, en lo que se refiere al *holding* y sus consecuencias en la generación de personalidades *como sí*, tomando el concepto de H. Deutsch o las personalidades con *falso self* como él prefirió llamarlas. También podrían incluirse las patologías *narcisistas de la conducta*, como las describe H. Kohut (1970). Al incluir a estos autores, ya estoy ingresando a las posibles explicaciones psicoanalíticas de las adicciones.

El psicoanálisis es un instrumento extraordinario de tratamiento y de conocimiento de las enfermedades mentales. En la aplicación inicial de Sigmund Freud, del método psicoanalítico, se pudo conocer a profundidad muchos de los elementos constituyentes de las neurosis y de los trastornos del carácter. Posteriormente con Melanie Klein y sus discípulos se pudo penetrar en el mundo oscuro de las psicosis y el funcionamiento del Ello,

sus ansiedades y sus defensas, y sus relaciones de objeto tempranas; más adelante, con Jaques Lacan, desde una perspectiva filosófica hegeliana y la crítica a la lingüística saussuriana y otros tópicos, se retomó la configuración del aparato psíquico desde el modelo tópico, comprendiendo al Inconsciente estructurado como un lenguaje. Sin embargo, no son estos autores los que se distinguen por haber abordado el tema de las adicciones. Además, es claro que actualmente no se puede mantener una propuesta de tratamiento psicoanalítico tal como se le aplica a los neuróticos; por lo tanto, el acceso a pacientes adictos es limitado a los tratamientos psicoanalíticos clásicos, ni aún a los modificados. Es un porcentaje limitado los que asisten a cualquier tipo de tratamiento. No obstante, los psicoanalistas y los psicoterapeutas con orientación psicoanalítica no nos hemos mantenido al margen de esta patología. Finalmente sólo voy a mencionar a algunos de quienes pienso han explicado de mejor manera la etiología y las características psicodinámicas de las adicciones.

Empezaré con E. Glover. Este autor distingue tres tipos de adicción: *a)* las debidas a la homosexualidad; *b)* las relacionadas con una personalidad ciclotímica, es decir, de los estados maníacos-depresivos, y *c)* aquéllas en que el sujeto posee una organización paranoide de la personalidad, caracterizada por los delirios celotípicos y las sensaciones de persecución, tales como se presentan en los alcohólicos. También considera un alto grado de sadismo, según la mayor capacidad de daño que le cause la droga (citado por J. Coderch, 1987).

Considero conveniente hacer algunas puntualizaciones. El esquema de Glover se ajusta más al alcohólico que consume otras drogas que a ningún otro adicto, y tampoco haría una división sino que las relacionaría entre sí para una misma toxicomanía. Es decir, que el sujeto que presenta personalidad paranoide no ha podido elaborar sus pulsiones homosexuales y es común que el sujeto pase de estados depresivos a estados maníacos por sus temores y sus errores de interpretación de sus relaciones objetales. Atendí a un paciente, Dionisio, de 28 años, que llegaba a las sesiones muy deprimido y lloraba abundantemente por haber golpeado a su esposa, porque sentía que lo engañaba. Para él, todas las mujeres eran *prostitutas*. Pero lo que más le deprimía es que había tenido relaciones homosexuales. Decía que lo hizo para sacar dinero, pero después reconocía que lo había hecho por gusto, por probar. Le atormentaba la idea de ser homosexual. Sentía que los demás sabían que lo había hecho y lo consideraban *maricón*. Como se puede observar, en este caso se presentan todas las características que señala Glover.

Sandor Radó entendía que la droga le proporciona a los adictos un gran orgasmo alimentario y placentero. La intoxicación por medio de las drogas es considerada como una meta de tipo sexual, un lugar a donde se tiene que llegar para obtener un alto grado de placer. De ahí que la mayoría de los adictos vayan dejando de lado la real satisfacción sexual. Hay un gran rasgo narcisista, poca tolerancia al sufrimiento y



una tendencia a la depresión, que son amortiguados por el uso de la droga y ésta los lleva a un estado de euforia y por lo tanto a superar, de manera transitoria, las heridas narcisistas y sentirse omnipotente, para después volver al estado depresivo y con ello al deseo de volver a drogarse y sentirse triunfante. Radó clasificó a tres grupos de adictos: 1) los neuróticos y los maníaco-depresivos; 2) los esquizofrénicos, y 3) los psicópatas (Coderch, 1987). Ya mencioné mis consideraciones sobre estas inclusiones diagnósticas. Aquí yo sólo agregaría que el renunciamiento a la real satisfacción sexual se debe, en los casos de consumo de opiáceos y de la marihuana, a factores de tipo neuroquímico. Estoy de acuerdo en que es placentero —por cierto no el inicio, no la primera vez—, pero no considero que sea un orgasmo alimentario. Con el consumo de heroína se supone que se presenta un fenómeno que se denomina *flash*, que refiere una experiencia orgásmica única y muy rápida, de tipo sexual a nivel de sensaciones corporales, pero nunca de tipo alimentario. Aún cuando quisiera hacer referencia a la etapa oral, no encuentro reportes que indiquen o confirmen esta explicación.

Herbert Rosenfeld realizó dos trabajos sobre las adicciones que hoy son clásicos del tema. En ellos expresa, entre otras cosas, con clara influencia kleiniana, que en el adicto existe una gran vinculación con la enfermedad maniaco-depresiva, sin ser idéntica a ella pues utiliza defensas maníacas, tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos, que, además, son reforzados por las drogas y al mismo tiempo alterados por ellas. Los objetivos de estas defensas son: el control, el triunfo y el desprecio de los mismos y la huida de las ansiedades persecutorias. Con la droga se fortalecen los mecanismos de omnipotencia. Por otra parte, las adicciones se vinculan con la depresión, pues el Yo del adicto es débil y no tolera el dolor que causan las pérdidas y, por consiguiente, llevan a la depresión. El adicto recurre a mecanismos maníacos, sólo que apoyado por las drogas, ya que su Yo no tiene la fortaleza suficiente para responder en esa forma por sí solo (H. Rosenfeld, 1978). Estando de acuerdo con Rosenfeld, pienso que su interpretación psicoanalítica se ajusta sólo al adicto cuyas drogas causan un efecto estimulante. No hay que olvidar que hay drogas que sólo en un principio, con dosis pequeñas, causan una sensación euforizante, como el alcohol, pero después devienen en sensaciones depresoras y la actitud maníaca deja de manifestarse. La cocaína y actualmente las drogas de diseño, estarían más de acuerdo con la interpretación de Rosenfeld.

Faltarían muchos autores psicoanalíticos que han formulado apuntes para la comprensión de las adicciones, como K. Abraham, V. Tausk, O. Fenichel, G. Mendel, E. Vera Ocampo, G. Mattioli, A. Musacchio, J. García Baradaco, entre otros, pero por el momento me resulta imposible abordarlos a todos en este intento de análisis crítico.

Así pues, concluiré diciendo que la psicopatología de las adicciones nos obliga a conocer y a estudiar más a fondo las características de las

personalidades preadictivas, los efectos de las drogas, sus similares neuroquímicos y la interacción de todos estos elementos.

### **Nota**

\*Responsable del área de adicciones y Director de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Teléfonos: (01 777) 3 29 70 49

Fax: 3 22 45 91

E-mail: bilbao@buzon.uaem.mx

### **Bibliografía**

Coderch, J. (1987), *Psiquiatría dinámica*, Barcelona, Herder, 1987.

DSM-IV (1995), Barcelona, Manual Moderno, 1995.

Escohotado, A. (1995), *Aprendiendo de las drogas*, Barcelona, Anagrama, 1995.

Kalina, E. (1988), *Adolescencia y drogadicción*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1988.

Matioli, G. (1989), *Psicoterapia del toxicómano*, Barcelona, Logos, 1989.

Musacchio, A. (1992), *Drogadicción*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

Oughourlian, J. (1974), *La persona del toxicómano*, Barcelona, Herder, 1985.

Rosenfeld, H. (1960), *Estados psicóticos*, Argentina, Hormé, 1978.

Sue, D. (1994), *Comportamiento anormal*, México, Mac Graw-Hill, 1996.

más artículos en: [www.liberaddictus.org/NumAnt.php](http://www.liberaddictus.org/NumAnt.php)