

El desamparo en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adictos a drogas

Supervivencia del terapeuta y “sobrevivencia” del paciente

***Teresita Ana Milán**

Cuando las vicisitudes y obstáculos que se presentan en el desarrollo del tratamiento debilitan las esperanzas de cambio terapéutico es importante restablecer el pensar en lugar de hacer, para recuperar el nivel del significado latente de los fenómenos psíquicos, para recuperar la noción de conflicto inconsciente.

El desamparo resulta de la percepción de sensaciones corporales y mentales referidas a un extremo desaliento y a la dificultad de contenerlo, lo cual provoca en el aparato mental del terapeuta una sobrecarga difícil de tolerar (Berenstein, 1981). Desamparo del terapeuta ante la no posibilidad de una colaboración del paciente que pueda amparar la comprensión del terapeuta. Perplejidad y desamparo ocurren cuando nos encontramos en una alteración del vínculo caracterizada por la emergencia de conductas no previstas ni indicadas para el contexto terapéutico, definido por el encuadre; decisiones intempestivas que contrarían la marcha del tratamiento. Suele ocurrir que en las sesiones el paciente comienza a emitir mensajes incongruentes y el terapeuta no alcanza a mostrarle las contradicciones. Lo recordamos cuando el paciente ya no estaba con nosotros, por lo que no actuaba ni estimulaba la perplejidad y el desamparo, y lo podemos entender en el ámbito de la supervisión con un colega. Otro elemento que puede influir para que emerja el desamparo en el terapeuta es su dificultad en captar el sentido de los mensajes verbales y corporales del paciente para poder entender su significado. En este caso el terapeuta experimenta su ineptitud para la función *rêverie* (Bion, 1962) no acertando en comprender el estado mental del paciente ante una situación dada.

El abandono de lo que se emprende frente a la existencia de dificultades suele ser una constante entre estos pacientes, por lo que no han podido mantener el ritmo de trabajo o de estudio y la progresión de una actividad laboral sostenida, o de una carrera universitaria. A pesar de haber tenido

buenas posibilidades y habiendo demostrando un buen rendimiento ellos no mantienen la continuidad de sus esfuerzos por lo que pierden los logros alcanzados.

Cuando estos pacientes están excesivamente angustiados, no pueden pensar por sí mismos sino a través de lo que de ellos les dicen los otros, por lo que adoptan como propio el pensamiento ajeno. La reiteración de este mecanismo contribuye al debilitamiento del pensamiento y de la capacidad simbólica.

Frente a la inestabilidad se descompensan y la angustia los invade con intensos sentimientos de fracaso e inutilidad, impregnando el espacio terapéutico e inoculando en el terapeuta su creencia acerca de la esterilidad del análisis.

Por lo general, no toleran estar solos y evidencian una excesiva dependencia emocional hacia los otros. No obstante tienden a aislarse cuando no pueden resolver sus problemas, ni enfrentar situaciones conflictivas. Algunos de ellos en esos momentos se realizan cortes en brazos y piernas con elementos filosos, aumentan las dosis de los tóxicos o incrementan las ideas suicidas. Estos estados se vinculan a duelos sin resolver ligados a experiencias tempranas de pérdida y frustración.

Por efecto de los tóxicos, predomina la inestabilidad emocional, con altibajos en su estado de ánimo relacionados con exigencias de la vida diaria y con las complicaciones que se originan en sus vínculos familiares y laborales. Oscilan entre la manía y la depresión con tendencia a actuar su vida para los otros. Frente a situaciones de separación reviven vivencias de abandono intolerables a las que intentan eliminar mediante actuaciones (exceso en el consumo de sustancias, sobredosis, decisiones inesperadas e imprevisibles). Se puede pensar que intoxicándose estos pacientes intentan anestesiar con la droga las heridas de su memoria ligada a eventos infantiles de carencia y desprotección. A su vez las expresiones sintomáticas ligadas al plano somático (dolores, trastornos del funcionamiento orgánico) en estos pacientes serían la forma "animal" de expresión de la falta y el dolor, el retorno al lenguaje de la "necesidad".

Desde el punto de vista técnico, entre los pacientes adictos a drogas son frecuentes las inasistencias sin aviso, la presencia de familiares o de personas

próximas al paciente en su lugar, la comunicación telefónica de situaciones nuevas y disruptivas. A pesar de que ellos pueden llegar a reconocer que se han beneficiado con el tratamiento, después de un tiempo considerable de trabajo psicoterapéutico y por ejemplo luego de finalizado el receso por las vacaciones (de invierno o de verano) suelen interrumpir los tratamientos sin comunicar tal decisión. También se repite la situación de retomar el contacto con el terapeuta ante una nueva situación de urgencia (sobredosis, ideas suicidas, pérdida del trabajo, abandono de la familia).

Una vez alejados de la situación, a *posteriori* del trabajo cotidiano con el paciente, cuando se vuelve sobre el registro de las sesiones y se recurre a los materiales a nuestra disposición, es que podemos reconstruir en la historia infantil de los pacientes adictos una situación crónica de desamparo y de perplejidad asociada a los traumas tempranos y a la conducta incongruente de los objetos primarios, lo que constituye el basamento o zócalo esencial que sostiene el modelo de vínculo primario. Este modelo de vínculo primario es el que se reedita en la relación transferencial en el contexto terapéutico. Situación esta que previamente a la adquisición o más allá de la adquisición de la palabra, no era hablada sino hecha sentir, recreando las condiciones en las que esa respuesta fuera posible.

La historia infantil se reencuentra en la estructura del vínculo transferencial-contratransferencial y esta posibilidad de integrarla a la historia presente del paciente y a la experiencia analítica con el terapeuta, es una tarea esencial en buena parte del tratamiento. De ser posible esta integración se daría en el delicado proceso de reconstrucción de los traumas tempranos, su historización y resignificación.

La mayor dificultad experimentada por los terapeutas con pacientes adictos se refiere al sentimiento de desaliento ante la vivencia de irreparabilidad del vínculo. En un lento y, a veces, penoso trabajo, paciente y terapeuta, van creando un espacio terapéutico, en el marco del encuadre analítico en el que se reviven las condiciones traumáticas precoces, las separaciones, las fuentes del odio y la agresión, las dolorosas frustraciones, los vacíos de significación, la ausencia de palabras, las identificaciones con objetos muertos-vivos, todo lo cual produce una reedición del desamparo original.

Bibliografía

Berenstein, I. (1981) *Psicoanálisis de la estructura familiar*, Buenos Aires, Paidós, 1981.

Bion, W. R. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*, México, Editorial Paidós, 1ª reimpresión.