

La toxicomanía como síntoma: elección, función y mantenimiento

Drugaddiction as symptom: choice, function and maintenance

Miguel Angel LANDABASO VAZQUEZ *; Juan SANZ ETXEBERRIA *;
Teresa GARCIA CUASANTE ** y Valerio SANCHEZ CEREZO ***

RESUMEN

En el presente trabajo, a través de una historia clínica familiar, se revisan brevemente los mecanismos interaccionales que llevan a la elección de un síntoma (heroindependencia en este caso), las funciones que este síntoma cumple dentro del sistema familiar, como mantenedor del mito familiar, y el modo en que este síntoma se mantiene a lo largo del tiempo en el sistema interaccional familiar.

Se concluye con la visión de los autores de la toxicomanía como síntoma de una disfunción familiar compleja.

SUMMARY

This article briefly reviews, with the assistance of a clinical history, the interactional family rules that take to the choice of a symptom (heroin dependence in this case), the role the symptom plays in the family y sistem keeping the mythe, and the way the symptom is perpetuated.

The work concludes with the authors view of drugaddiction as symptom of complex family disfunction.

PALABRAS CLAVE

Toxicómano. Familia. Síntoma. Mito.

KEY WORDS

Drugaddict. Family. Symptom. Mythe.

INTRODUCCION

Entendiendo la familia como grupo natural con una historia en transformación constante, o dicho de otro modo, un organismo complejo que se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este proceso doble de continuidad y crecimiento permite que la familia se desarrolle como un «conjunto» y al propio tiempo asegura la diferenciación de sus miembros (1, 2, 3, 4).

La evolución del grupo familiar vendrá definida por el equilibrio entre los mecanismos de diferenciación necesarios para el desarrollo

(*) Médicos-Terapeutas de Fam. Módulo de Toxicomanías. Barakaldo.

(**) Asistente Social de Fam. Módulo de Toxicomanías. Barakaldo.

(***) Psicólogo de Fam. Módulo de Toxicomanías. Barakaldo.

individual de cada uno de sus miembros y los de estabilización necesarios para la salvaguarda de la cohesión familiar.

Por otra parte el carácter de sistema abierto de la familia hace que sea sometido a dos fuerzas de cambio una interior, que se sitúa en sus miembros y en las exigencias de su ciclo vital y otra proveniente del exterior, originada por la necesidad de adaptación a las influencias del sistema social (3, 4).

Cabe preguntarse pues en este contexto brevemente definido ¿Por qué surge el síntoma?

En las necesarias crisis familiares que preceden a todo cambio evolutivo y que conlleva una renegociación de reglas, esta negociación es vivida por algunas familias de forma amenazante reaccionando de modo que uno de sus miembros mitiga esa «amenaza» desarrollando un síntoma como mecanismo mantenedor del equilibrio familiar amenazado.

Un síntoma pues, puede considerarse como una conducta que funciona como mecanismo homeostático regulador de las transacciones familiares, manteniendo el equilibrio dinámico entre sus miembros.

Es sobre todo en la época de la adolescencia, en la búsqueda de la autonomía del joven, cuando emergen la mayoría de las problemáticas tóxicodependientes. Algunos autores sostienen que hay tres estadios en el consumo de drogas por adolescentes y que cada uno tiene diferentes elementos concomitantes (4, 5). El primero es la ingestión de drogas legales como el OH y es sobre todo un fenómeno social. El segundo incluye el consumo de marihuana que se debe fundamentalmente a la influencia de los pares de edad. El tercero, el consumo de otra drogas ilegales, depende más de la relación padres adolescentes que de otros factores. Así parece que las formas graves de drogadicción constituyen predominantemente un fenómeno familiar (5, 6).

Es en esta época de la adolescencia donde situamos el inicio del síntoma en el

caso de la familia X que presentamos a continuación:

HISTORIA CLINICA

Paciente de 20 años (Julian) que acude al centro en compañía de su padre, manifestando consumir heroína desde hace año y medio aproximadamente. Fracaso escolar a los 16 años iniciando consumo de cannabis; dos años de inactividad que motiva ser enviado por su padre a la ciudad donde vive el abuelo paterno para colaborar en el negocio familiar. En esta ciudad alejado de su núcleo familiar, empieza a hacer consumo diario de heroína que motiva la vuelta a la familia nuclear a los 7-8 meses, intercambiándose con el siguiente hermano. El paciente es el primogénito de una familia de cuatro hijos con edades de 18 años (varón), 16 años (mujer), seis años (varón).

El padre se presenta como modelo de abandono de vicios (OH, tabaco, cannabis).

Demanda, la presentada, habitual en muchos centros; paciente identificado alrededor de los 20 años que consume heroína desde hace unos dos años y que solicita tratamiento de su dependencia acompañado de uno de sus padres. Adicto prototipo en familia prototipo —uno de los padres aparece como punitivo y represor, otro aparece ligado afectivamente al adicto manteniendo una relación cómplice con éste. Es habitualmente este progenitor, normalmente la madre, el que acude con el paciente a demandar tratamiento (6, 7, 8, 9, 10), sin embargo, en este caso es el padre el que lo hace, presentando a la madre como incapaz, literalmente como «débil mental».

ELECCION

Tras una entrevista familiar exploratoria con el paciente designado y ambos padres, nos interrogamos sobre el porqué

de la elección de la toxicomanía como síntoma en esta familia:

Destaca la presentación del padre y sus interacciones con los otros dos miembros presentes a los cuales coloca en el mismo nivel jerárquico, situándose él por encima de ambos en un papel pretendidamente curativo, mediante comunicaciones verbales del tipo: «hay que educar a la madre para que me haga caso a mí, para que así, éste se cure» a lo cual, la madre, no responde, permanece impasible, como a lo largo de todas las entrevistas, asintiendo en el nivel verbal a lo que dice el padre, siendo en el nivel analógico de una clara indiferencia.

El que sea el padre el que a lo largo de toda la entrevista reivindique en exclusiva su papel redentor con respecto a su hijo, nos hace pensar en la existencia de culpabilidades no resueltas con su familia de origen, a la cual, él se refiere, abandonó no asumiendo el papel para el cual estaba designado como primogénito e iniciando el consumo de OH y cannabis, pasando de la tutela familiar a la de la Legión que asimismo abandonó desertando; conducta ésta que solo finalizará al contraer matrimonio y nacer su primer hijo, en el que delega el sentimiento de culpabilidad inherente a la deslealtad convirtiéndolo en el chivo expiatorio que repetirá los síntomas presentados por el padre, adaptados al contexto social. Así él va a repetir en consulta:

— «La culpa la tengo yo, cuando me pide 500 le doy 1.000».

— «No sirve para nada lo único que le queda es atracar un banco y encima le saldrá mal».

Presenta a su hijo como incapaz de alcanzar su nivel de rebeldía y le indica además como puede hacerlo.

Deberíamos decir que el PI no sólo ha heredado el lugar que ocupó su padre en la familia de origen sino también su nombre, esto nos hace presumir la existencia de un mito familiar entendido como las creencias u opiniones bien sistematizadas

y compartidas por todos los miembros del sistema familiar respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación (11), ocultando una realidad que resulta penosa para la familia, mito que aparece explícito cuando Julián hijo, a la pregunta de: ¿a quien se parece?, dice: «todos los Julián han sido iguales, consumidores de tóxicos e irresponsables», reforzándolo el padre al afirmar: «Julián es así, siempre ha sido así y seguirá así aunque todos suframos por ello».

FUNCION Y MANTENIMIENTO

La toxicomanía instaurada en la familia sirve a ésta para mantenerse en equilibrio, en situación hemostática, no permitiendo, al actuar como conducta interruptora, que cristalicen los conflictos en la esfera conyugal, manteniéndose el paciente en el papel de chivo expiatorio. Este síntoma delegado permite el mantenimiento de la disfunción conyugal colocándose en el centro de la atención parental y evitando a éstos la discusión sobre su relación, que sólo se expresa de forma metafórica a través del síntoma (12, 13, 14):

Padre. — «Yo no le doy dinero y su madre le deja la cartera abierta encima de la mesa.»

Madre. — «Lo que ocurre es que tú, no tienes confianza en tu hijo.»

Padre. — «Parece que lo haces adrede sabiendo como estamos, y encima le das facilidades. Sois los dos iguales».

Más adelante en la misma sesión:

Padre. — «Esto se va a acabar, a éstos les voy a tener que controlar yo, hasta en el café que toman, sino me hacen caso yo me marchó.»

Madre. — «Sonríe.»

Hijo (PI). — «La culpa de que mi padre se quiera marchar la tengo yo.»

Alrededor de la toxicomanía de su hijo el padre puede entrar en la familia como persona capaz y competente de curar a su

hijo redimiendo su propia culpa. La madre puede a través de la dependencia de su hijo atacar a su marido sin hablar de la relación. Los hermanos pueden mantenerse alejados del conflicto-conyugal, lo que les posibilitará su individuación.

El paciente designado a través de la toxicomanía puede mantenerse leal al mito y dependiente de la familia al presentarse como inválido y necesitado al mismo tiempo, independiente e individualizado, en una situación que diversos autores denominan como «pseudoindividuaación» (15). El paciente al convertirse en el chivo expiatorio, somete a sus padres a la presión de la culpabilidad ganando sobre ellos poder psicológico.

En esta situación la demanda de tratamiento viene dada por la necesidad del sistema familiar de legitimar los papeles asignados al paciente identificado y al resto de sus miembros, permitiendo la cronicación en el equilibrio familiar.

Padres. — «No hay nada que hacer con él, es un sinvergüenza.»

Así como en una familia funcional el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar sus tareas de sociabilización de los hijos sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza a este subsistema (4), en el tipo de familia que nos ocupa al no existir en el nivel conyugal ni diferenciaciones ni relaciones de mutuo apoyo y no resolver además dicho conflicto, intercambian constantemente y de forma competitiva sus papeles en el proceso de sociabilización de sus hijos hacia los que se manifiestan punitivos o cómplices de forma contradictoria, trasladando así, a nivel de los hijos, el enfrentamiento establecido en el subsistema conyugal, creando en éstos, niveles de exigencia que escapan de sus posibilidades y teniendo como consecuencia una pérdida de la capacidad de exploración de los problemas o lo que es lo mismo, una pérdida de la individuación. Este proceso de traslado del enfrentamiento conyugal a nivel de los hijos se resuelve cuando cristaliza la designación de uno de ellos como paciente de-

signado permitiendo al resto de la fratria aumentar su capacidad de individuación.

CONCLUSION

El no tener en cuenta estos aspectos y plantear el abordaje terapéutico intentando poner de acuerdo a los padres en la meta y en la forma de conseguirlo, mostrándoles su conflicto conyugal y la necesidad de abordarlo, sin tener en cuenta el poder del mito familiar de negar de manera selectiva aspectos e implicaciones de las relaciones familiares pasadas y presentes, conlleva un reforzamiento de las aristas más violentas del mito que aseguren su conservación.

Para enfocar el tratamiento de esta demanda debe tenerse en cuenta, más que en cualquier otro tipo de familia, si cabe, la tendencia a integrar al terapeuta dentro de sus pautas de interacción como mecanismo de defensa familiar ante cualquier posibilidad de modificación del equilibrio conseguido alrededor del síntoma y ante cualquier enfrentamiento directo con el mito familiar; que si se verbalizara en su contenido real, haría perder a cada uno de los miembros del sistema familiar los atributos precritos por el mito, que han configurado la imagen interna de la familia, exigiendo unas nuevas formas de interacción que se perciben por la familia bajo una forma de extremo horror, el estado atroz de la no relación (15, 16).

Para evitar ó soslayar en lo posible cualquier abordaje contrasistémico, creemos importante el reencuadrar el síntoma presentado dentro del sistema interaccional familiar; pensamos en la paradoja que supone la evolución de los sistemas familiares, con la coexistencia de dos nociones antinómicas, cambio-equilibrio, individuación-cohesión familiar, vida-muerte; en la familia presentada en este trabajo y en la mayoría de las familias con miembro toxicómano se produce una rigidificación de las interacciones en CICLOS REPETITIVOS RIGIDOS perdiéndose el carácter

paradojal que conlleva la evolución del sistema y que permite la coexistencia de las nociones antinómicas. De esta forma las primeras intervenciones deberán ir encaminadas al desbloqueo la rigidificación de las interacciones permitiendo una nueva definición del síntoma que sea entendida y aceptada por la familia y en la que no exista aparentemente un enfrentamiento a la homeóstasis ni al mito familiar; es decir, la reinvolución de la paradoja dentro del sistema familiar para ayudarle a aceptar una forma de funcionamiento que permita la coexistencia de estas antinómicas (1, 17, 18).

En el caso expuesto se redefinió el síntoma como necesidad del PI de regresar al hogar familiar para ayudar laboralmente a sus padres y ser ayudado por ellos en su proceso de maduración, ésto permitió el cambio del objeto metafórico (toxicomanía del hijo) por el que los padres expresaban su conflicto conyugal, pudiendo trabajar a nivel de las dificultades relacionales de la pareja mediante el nuevo objeto metafórico (proceso de maduración del PI) sin enfrentar abierta y explícitamente el conflicto conyugal y asimismo facilitó el inicio de la resolución del sentimiento de

lealtad hacia la familia de origen por parte del padre, al permitir a éste dentro del abordaje llevado a cabo con la pareja el recordar situaciones vividas en su adolescencia y juventud pudiendo redimir su sentimiento de culpabilidad en la colaboración en el proceso de maduración de su hijo primogénito. Asimismo permitió el establecer un límite claro y preciso entre la generación parental y el PI reestructurando el mapa familiar.

Que duda cabe que este proceso no puede llevarse a cabo en una sesión, hemos intentado resumir por ello en el párrafo anterior un largo proceso terapéutico de redefinición y reestructuración cuya descripción pormenorizada escaparía a los objetivos de este artículo.

Se ha pretendido en este trabajo reflejar las complejas interacciones en un grupo familiar con miembro toxicómano, que integra las historias de origen de cada uno de los progenitores con sus cargas de deudas y méritos, delegaciones en alguno/s de los hijos y la fuerza del mito familiar que pueden pasar desapercibidos, manteniéndose en el tiempo el síntoma, si el enfoque se dirige sólo a la resolución de éste, viéndolo no ya como síntoma sino como enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- (1) SELVINI, P.: *Paradoja y Contraparadoja*. Ed. ACE. Buenos Aires, 1982.
- (2) WATZLAWICK, P.: *Cambio*. Ed. Herder. Barcelona, 1980.
- (3) MASSON, O.: *Les Grand-Parents dans la Therapie Familiale*, en «Les Grand-Parents dans la dynamique de l'enfant». Ed. ESF. Paris, 1979.
- (4) MINUCHIN, S.: *Familia y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa. Barcelona, 1977.
- (5) KANDEL, D. B.: *Adolescent Marijuana Use: Role of Parents and Peers*. «Science», 181: 1.067-1.070; 1973.
- (6) KANDEL, D. B.; TREIMAN, D.; FAUST, R.; SINGLE, E.: *Adolescent Involvement in legal and illegal drug use: a multiple classification analysis*. «Social Forces», 55: 438-458; 1976.
- (7) STANTON, M. D.: *Family treatment approaches to drug abuse problems: A review*. «Fam. Proc.», 18: 251-280; 1979.
- (8) CANCRINI, L. et Al: *Social and family factor of teenagers drug-addiction*. «J. Europ. Toxicol.», 3: 397-401; 1970.
- (9) ROSENBERG, C. M.: *The Young addict and his family*. «Brit. J. Psychiat.», 118: 469; 1971.
- (10) KLAGSBRUN, M.; DAVIS, D. I.: *Substance abuse and family interaction*. «Fam. Proc.», 16: 149-173; 1977.
- (11) FERREIRA, A.: *Family myths and Homeostasis*. «Arch. Gen. Psychiat.», 9: 457-463; 1963.
- (12) MADANES, C.: *Terapia familiar estratégica*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1984.
- (13) HALEY, J.: *Transtornos de la emancipación juvenil y Terapia de Familia*. Ed. amorrortu. Buenos Aires, 1985.
- (14) ANDOLFI, M.: *Detras de lamascara familiar*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
- (15) SALEM, G.: *El enfoque multidireccional en terapia de Familia: una observación clínica*. «L'Evol. Psychiat.», 48, 4: 1.041-1.061; 1983.
- (16) BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARCK, G.: *Lealtades Invisibles*. Ed. amorrortu. Buenos Aires, 1973.
- (17) BATESON, G.: *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1976.
- (18) NEUBURGER, M.: *Le probleme c'est l'annonce du probleme. Redefinition Recadrage*, en «L'autre demande», R. Neuburger, Ed. ESF. Paris, 1984.