

PSICOPATOLOGÍA PSICODINÁMICA DE LA DROGODEPENDENCIA

J. L. González de Rivera *

Resumen

El desarrollo de un proceso toxicofílico requiere el contacto de un individuo personalmente vulnerable con una sustancia adictiva. Los estudios psicodinámicos de vulnerabilidad revelan la existencia de defectos nucleares en la estructura de la personalidad y de tendencias depresivas subclínicas. Los elementos psicodinámicos esenciales del proceso adictivo en sí son el ansia adictiva, la compulsividad, la externalización y las dinámicas en círculo vicioso, de las que se han descrito cuatro (de Rado, Rivera, VanDijk y Wurmser), aplicables a distintos tipos de paciente. A diferencia de la mera desintoxicación farmacológica, la detección y tratamiento de las alteraciones psicodinámicas contribuye de manera esencial al éxito de los programas terapéuticos.

Abstract

The development of a toxicophilic process starts with the contact between a vulnerable personality and an addictive substance. Psychodynamic vulnerability studies reveal nuclear defects in personality structure and subclinical depressive tendencies. The essential psychodynamic factors in the addictive process are: craving, compulsivity, externalization and vicious circle dynamics. Four different types of vicious circle dynamics have been described, by Rado, Rivera, VanDijk and Wurmser, which are applicable to different types of patient. In contrast with the more limited pharmacological deshabituation, the detection and treatment of psychodynamic disorders may contribute in an essential way to the success of a therapeutic program.

Introducción

Las primeras formulaciones psicodinámicas sobre la adicción a drogas se deben a Freud (1905) y a Abraham (1908), quienes aplicando los conocimientos del momento, coinciden en considerarla como una tentativa de facilitar la búsqueda de placer, aliviando la tensión acumulada en él. ello cuando otras vías de descarga no son accesibles o resultan demasiado penosas para el individuo. A pesar de que Freud descubrió algunas de las propiedades de la cocaína, y llegó a consumirla durante algún tiempo, la droga cuyo abuso estudió con mayor profundidad es el alcohol, al que atribuye tres efectos psicodinámicos principales: 1) disminución de la tensión del ello; 2) perturbación de la capacidad perceptual del yo, especialmente en lo que se refiere a los aspectos más desagradables de la realidad, y 3) dulci-

ficación del superyo, estructura que algunos de sus discípulos definían como "aquella parte de la personalidad que es soluble en alcohol". Freud describe también de manera interesante la relación entre el potencial para desarrollar adicción a drogas y la fijación en modos autoeróticos de satisfacción sexual: "... La masturbación es el único y mayor vicio, la 'adicción princeps', y es solamente como sustituto de ella que las demás adicciones - al alcohol, morfina, tabaco; etc.- cobran su existencia".

Mientras que el estudio de las interacciones y conflictos intrapsíquicos ha sido de gran ayuda a la comprensión de muchos estados psicopatológicos, las contribuciones realmente importantes de la psicodinámica al tratamiento de las adicciones han tenido que esperar a las aportaciones realizadas a lo largo de los últimos 20 años. La psicodinámica moderna se interesa ahora, gracias a

* Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica Facultad de Medicina Universidad de La Laguna

las capitales aportaciones de Kernberg (1975) y Kohut (1971), por la coherencia, integración y funcionalidad global del sistema mental en su conjunto, así como por el papel de las experiencias tempranas en la determinación de defectos e insuficiencias estructurales en la personalidad. Las observaciones referentes al desarrollo de la autoestima, la regulación de los afectos y las sensaciones de eficacia y competencia personal son algunas de las claves de esta perspectiva, en la que la calidad de las relaciones interpersonales tempranas adquiere una nueva dimensión. Como dice Kohut (1978) "...un niño necesita alimentos... y un entorno empático, que responda específicamente a su necesidad de: a) ver confirmada su existencia por el placer que la misma genera en sus padres, y b) de sumergirse en la calma tranquilizadora de un adulto poderoso". Los descubrimientos de Kohut y su escuela, globalmente conocida como "la psicología del Self", han contribuido de manera poderosa a la comprensión de los fenómenos psíquicos asociados con la génesis de la adicción, clarificando, entre otras cosas, que la existencia de defectos nucleares en la estructura global de la personalidad es más determinante que los posibles conflictos psicológicos entre las tres instancias psíquicas.

Coincidiendo con las ya antiguas observaciones de que en los adictos, especialmente heroinómanos, es frecuente la pérdida o abandono por parte de los padres en edad temprana (Oltman, 1965), Kohut (1978) sugiere que el origen de este defecto nuclear ha de buscarse en fracasos en la relación simbiótica infantil, producidos cuando el niño todavía necesita la sensación de fusión empática con un adulto omnipotente.

Además de en la adicción a drogas, este proceso psicopatológico se encuentra con frecuencia en los trastornos graves del Carácter, la psicopatía sociopática y las perversiones sexuales. El concepto de predisposición psicodinámica por vulnerabilidad nuclear del yo es importante para comprender el inicio, mantenimiento y eventual curación

de las adicciones, así como para plantear de manera inteligente procedimientos terapéuticos y rehabilitadores apropiados. Recientemente, Stanton Peele (1990) ha criticado acerbamente la visión popular, sorprendentemente compartida por más de un "experto", de que las drogas actúan a la manera de un agente infeccioso, provocando la adicción en todo el que tenga suficiente contacto con ellas. A pesar de innumerables investigaciones sobre los mecanismos biológicos de la adicción, o "dependencia farmacológica" no ha quedado nunca claro de manera convincente que la simple administración de la droga sea la causa de la conducta adictiva en los humanos, mientras que sí parece cada vez más evidente que existe un factor de vulnerabilidad individual, detectable psicodinámicamente. Lo que define la enfermedad adictiva, según este punto de vista, no es el mero uso de un agente tóxico, sino la existencia de una necesidad o presión interna que inevitablemente fuerza al sujeto hacia su búsqueda y consumo. Antes de que el sujeto haya tenido contacto con sustancias psicoactivas, esta presión interna puede ya estar presente de manera importante, poniéndose en evidencia por equivalentes psicopatológicos sustituyentes, tales como tendencia a la violencia o a la delincuencia, estados depresivos, crisis de ansiedad o alteraciones en la alimentación (Rado, 1933, 1957; Kohut, 1978, Wumser, 1978, Khantzian, 1990). Por otra parte, cuando un consumidor activo de sustancias psicotrópicas lo hace por presión ambiental, por moda social, como tratamiento médico, o incluso, para protegerse psicológicamente de circunstancias sumamente estresantes, no lo consideraremos como un adicto desde el punto de vista psicodinámico mientras la motivación para el consumo se mantenga circunstancial, y pueda desaparecer de manera fácil y permanente cuando la situación externa o la propia decisión del sujeto así lo requieran. Escohotado (1989, 1990) ilustra esta tesis con considerable documentación histórica, aportando además importante in-

formación sobre los usos religiosos, recreativos y sociales de las sustancias psicoactivas en diversas épocas y culturas. Desde el punto de vista clínico-epidemiológico, Kandel (1978, 1989) llega a conclusiones parecidas en un importante estudio norteamericano en el que 1.222 usuarios adolescentes de marihuana y cocaína fueron seguidos durante más de diez años. La mayoría de los sujetos abandonaron por completo el uso de drogas al alcanzar la edad adulta, generalmente de manera espontánea y sin recaídas, siendo posible identificar retrospectivamente características diferenciales con los que desarrollaron una auténtica adicción. Los principales factores predictores de abstinencia resultaron ser la incorporación en medios y rutinas sociales en los que el uso de drogas resulta inapropiado, la buena capacidad de adaptación social, la buena salud mental, y otros indicadores de que el uso adolescente de drogas respondía más a curiosidad o influencias ambientales que a auténticas inclinaciones adictivas. Por el contrario, los sujetos que acabaron convirtiéndose en adictos ya carecían en la adolescencia de las cualidades mencionadas, y, presumiblemente, iniciaron el consumo más por razones psicológicas propias que por pura experimentación o influencia ambiental. Entre los adictos a opiáceos, que generalmente son considerados como los más dañados psicológicamente, se observa un fenómeno similar. con abandono total del uso al cambiar drásticamente la situación, como ocurre, por ejemplo, en soldados norteamericanos que consumieron durante años altas dosis de heroína en Vietnam, y que se convierten sin dificultad en abstinentes totales al volver a sus hogares (Robins. 1980). De manera menos dramática, Vaillant (1988) ha puesto en evidencia la facilidad con que sujetos que encuentran situaciones de estabilidad social y empleo gratificante, apoyo comunitario, y nuevas relaciones que garantizan una dependencia segura. (incluyendo la afiliación a grupos religiosos), abandonan pautas de abuso de larga duración. En contraposición,

el éxito de la mera desintoxicación hospitalaria, que teóricamente corrige el componente biológico de dependencia farmacológica, es del orden de no más del 3% de abstinentes en el año siguiente al tratamiento. Estas observaciones, corroboradas entre otros por Westermeyer (1989). Khantzian (1990) y Gossop (1990), sugieren la conveniencia de concentrar mayores esfuerzos en el desarrollo de servicios que faciliten la corrección de los defectos de la personalidad del toxicómano y maximicen su capacidad de aprovechar todas las posibles alternativas de gratificación social a su alcance.

Con respecto a la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos con la drogodependencia, Ormazabal y cols. (1993) encuentran anormalmente elevada prevalencia de patología psicótica severa entre adictos a la heroína en edad adolescente, con estimaciones que varían desde el 20% el 44%. Sin embargo, Vaillant, en su importante estudio diacrónico de adictos a opiáceos, encuentra en los adictos adultos, de edad superior a los 25 años, relativamente pocos trastornos de tipo psicótico, junto con una muy elevada frecuencia de psicopatías antisociales. La aparente discrepancia entre estos estudios puede explicarse considerando que en la evolución de la patología adictiva el trastorno del pensamiento y la actitud esquizoide del adicto adolescente se transforma paulatinamente en una conducta psicopática abiertamente antisocial. Por otra parte, tanto Vaillant como los estudios anteriores coinciden en la presencia de pobre control de la agresividad y disminuida tolerancia a la frustración, así como una llamativa discrepancia entre la aparente ausencia de síntomas depresivos y las evidentes tendencias a autolesiones y autodestrucción en estos enfermos. En contradistinción con la exploración clínica descriptiva, un estudio psicodinámico detallado permite detectar con relativa facilidad manifestaciones disfóricas subclínicas, algunas de las cuales recuerdan a la depresión latente secundaria descrita por Bowlby (1963), como consecuencia a un duelo pato-

lógico por una pérdida importante acaecida en edad temprana. Las características de este tipo de depresión son:

- 1) Intensas ansias de recuperar la relación perdida, de las que el sujeto no es claramente consciente.
- 2) Gran agresividad y tendencias críticas difusamente dirigidas hacia multitud de objetivos, incluyéndose a sí mismo, que con frecuencia parecen poco justificadas.
- 3) Ocasionalmente, tendencia a ocuparse intensamente de otra persona necesitada de afecto o sufriendo una situación de pérdida.
- 4) Negación autista de que la pérdida sufrida es irremediable.

La defensa contra la depresión del adicto es parecida a la del maníaco, con negación del afecto real y sustitución del mismo por su contrario. En cuanto a manifestaciones hipocondríacas y psicósomáticas, son también extremadamente raras en estos pacientes. De hecho, el adicto raramente solicita de manera espontánea atención médica, a no ser como un intento manipulativo para obtener fármacos psicótropos.

Elementos psicodinámicos del proceso adictivo

1) *El ansia*. Las primeras hipótesis psicodinámicas de la adicción consideraban que el afán de drogarse correspondía no solamente a la simple búsqueda de placer, sino además a una tendencia patológica a la regresión y fijación en la fase oral de desarrollo de la personalidad (Glover, 1932, 1956; Rado, 1933, 1956). De hecho, el intenso deseo que el adicto experimenta por su sustancia de consumo tiene un matiz de necesidad imperiosa (el "craving" de los anglosajones) que recuerda más a la desesperación del bebé hambriento que a la delectación anticipada del sibarita. Las primeras teorías biológicas sobre la adicción parecían apoyar este punto de vista, al considerar el ansia como la respuesta a un proceso fisiológico, o "hambre tisular", secundario a las modifica-

ciones metabólicas inducidas por la sustancia de abuso en cuestión, en todo punto semejantes al hombre por hipoglucemia o a la sed por deshidratación (Dote, 1967). Sin embargo, es un fenómeno suficientemente aceptado hoy en día que el ansia del adicto no requiere de las modificaciones metabólicas propias de la dependencia farmacológica, e, inversamente, que la dependencia farmacológica no siempre se sigue de adicción (Wurmser, 1978, Faalk, 1983, Goldberg, 1986; Peele, 1990). Desde el estudio clásico de Chein (1964) en adictos a la heroína, se acepta que el ansia adictiva es cualitativamente diferente de la búsqueda o el deseo normal, constituyendo ya por sí misma una manifestación psicopatológica. Su presencia en todos los adictos, con independencia de la sustancia de abuso, e incluso en personalidades "preadictivas" o en sujetos que siguen conductas adictivas no relacionadas con el consumo de drogas, se interpreta como la expresión de severos defectos o alteraciones en la estructura del yo (Peele, 1975; Wurmser, 1978, 1987; Khantzian, 1990). Las características principales del ansia adictiva son: 1) Intensidad anormalmente exacerbada. 2) Reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en su calidad como en su intensidad. 3) Rigidez e incapacidad para modificar el deseo (por ejemplo, renunciando a él, atenuando sus exigencias, aceptando un sustituto). Consideraciones con respecto a la naturaleza del ansia adictiva, junto con otros datos obtenidos a través de la psicoterapia psicodinámica de adictos, han llevado a la conclusión de que, más que un fenómeno de gratificación regresiva, la adicción representa, para la mayoría de los pacientes, una maniobra adaptativa y de defensa ante fuertes pulsiones primitivas, en las que predomina la rabia, la vergüenza y la depresión (Wurmser, 1974, Khantzian; 1985, 1986). El yo defectuoso de estos sujetos se halla permanentemente inmerso en una insoportable sensación de sufrimiento psíquico, ante la cual sus desestructurados mecanismos psicológicos propios para supe-

rar este estado conduce inevitablemente a la búsqueda inconsciente de agentes externos compensadores, apareciendo el ansia adictiva como expresión de la convicción absoluta de que la fusión o incorporación de determinado agente externo constituye la única salvación posible.

2) *La compulsividad*. La sensación de obligatoriedad e inevitabilidad, fenómeno por otra parte común a otras manifestaciones de la psicopatología general, es un acompañante habitual del ansia adictiva y un componente clásico de la conducta del adicto. La acción de toma de droga tiene que ser realizada de manera inescapable, y es totalmente ajena a su esfera de decisiones voluntarias. El adicto no solamente no es capaz de controlar sus ansias, sino que permite que toda su vida sea controlada por ellas, poniendo de manera incondicional a su disposición lo mejor de su inteligencia, de su simpatía y de todas sus dotes personales. Demostrando el grave defecto en su estructuración superegoica, y con absoluta falta de moralidad y respeto, el adicto no se detiene ante nada hasta lograr la sustancia de consumo, aunque para ello tenga que recurrir, en el mejor de los casos, al engaño y manipulación descarada de todos los que le quieren o confían en él, y en el peor, a la prostitución, el robo y la violencia.

3) *La Externalización*. Wurmser (1978, 1987) fue el primero en llamar la atención sobre este mecanismo de defensa característico de los adictos, aunque también es altamente operativo en los psicópatas antisociales. Técnicamente, se define como "la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable", y consiste en la tentativa de solucionar problemas psíquicos difusos mediante actuaciones externas concretas. Constituye una instancia particular de la llamada "actuación" o "paso al acto", defensa mucho más generalizada, en la que determinadas conductas o actos físicos son realizados para escapar de sentimientos desagradables, o por lo menos para encontrarles cierto senti-

do. Ejemplos frecuentes son el enamorado que rompe las relaciones porque no soporta el temor de no ser correspondido, o el sujeto con sentimientos de culpa que inicia una pelea o comete un delito para lograr ser castigado. La externalización del adicto se diferencia porque añade dos elementos esenciales: La necesidad de control sobre el agente externo, y la relativa especificidad del objeto o procedimiento en cuestión. Además, cuando la externalización actúa de manera masiva, suele estar acompañada de dos defectos básicos en la formación del carácter que no son tan corrientes en el paso al acto: la *irresponsabilidad afectiva*, que consiste en considerar los propios sentimientos como inducidos por agentes externos ("La gente me deprime", "Ese tío me puso nervioso", etc.) y la *deshumanización*, que consiste en considerar a los demás como meros instrumentos sin vida ni derechos propios. La necesidad de control proviene, según Wurmser (1978), de las profundas heridas narcisistas tempranas y de los importantes defectos en el desarrollo de estructuras mentales. El adicto es un convencido en el poder mágico de su objeto adictivo, al que atribuye la solución de todas sus carencias emocionales y cuya posesión ha de permitirle el control absoluto de todo su mundo.

4) *El círculo vicioso*. Una de las características más importantes del proceso adictivo es su tendencia a agravarse con cada ocasión de consumo. No sólo tiene lugar un deterioro progresivo en las relaciones sociales, la actividad laboral, y el funcionamiento mental, sino que el sufrimiento psíquico y el ansia adictiva que iniciaron el proceso son cada vez más intensos fuera de los estados de intoxicación. Varios autores han explicado este fenómeno como una dinámica de mantenimiento en círculo vicioso, entre ellos Rado (1933), VanDijk (1971), Wurmser (1978) y de Rivera (1980). Entendemos por círculo vicioso o "bucle de retroalimentación positiva" a un proceso circular en el que los fenómenos producidos por determi-

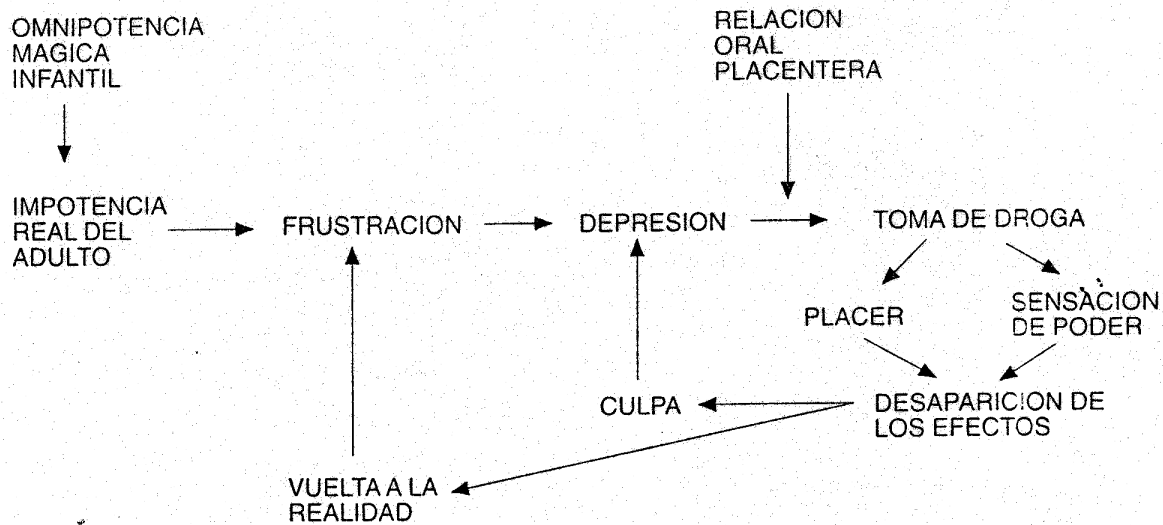


Fig. 1 Círculo vicioso farmacotímico de Rado

nado evento son a su vez causa de la intensificación o repetición del mismo. En ocasiones, el automantenimiento del proceso puede continuar indefinidamente, aunque desaparezca la causa inicial que lo puso en movimiento. El concepto de círculo vicioso y su papel en la psicopatología crónica se discute más ampliamente en G. de Rivera, 1992b. Según este tipo de formulaciones, alguna de las diversas sustancias psicótropas, incluyendo los fármacos ansiolíticos y sedantes, actúa sobre una base psicodinámica previa como detonante que hará explotar la toxicomanía. Así, Rado (1933) describe la "farmacotimia" o "deseo persistente e irreprimitible de drogarse", y considera que existe ya en predisposición antes de la primera toma de droga, teniendo como base psicodinámica previa la presencia de fuertes sentimientos de frustración, desesperanza y depresión. La primera toma de droga incide sobre esta base como una experiencia mágica de liberación, iniciándose así el círculo vicioso (fig. 1). Los sentimientos de omnipotencia infantil que acompañan la relación oral placentera con la madre constituyen aspectos centrales de la formulación teórica de Rado. Estos sentimientos son normalmente renunciados en el curso normal del desarrollo del sujeto sano, pero en el pre-

adicto se convierten en una dolorosa sensación de impotencia y soledad, que le impide aceptar de manera realista sus limitaciones para buscar relaciones interpersonales maduras. En lugar de ello, el futuro toxicómano se siente herido, abandonado y frustrado, infantilmente convencido de que una agencia externa a él y mágicamente poderosa debe tomar a su cargo la resolución de todos sus problemas. Incidentalmente, esta constelación psicodinámica puede dar lugar a comportamientos agresivos y antisociales, en un intento de escapar y vengarse de los sentimientos de soledad y abandono. Si en un momento en que la tensión psíquica es intensa el individuo tiene la primera experiencia con la droga apropiada, se puede desencadenar el mecanismo adictivo psicológico. La sensación pasiva placentera y la vivencia omnipotente de un mundo fantástico carente de frustraciones aportan exactamente todo lo que el toxifílico consideraba que le era debido para su felicidad. Pero al terminar los efectos de la droga la realidad se presenta aún más duramente frustrante, por contraste con la reciente experiencia de felicidad infantil pasiva. Si a ello se unen los sentimientos de culpa y vergüenza relacionados con una acción condenada por la sociedad, y sobre todo con el reconocimiento de la propia

debilidad, insuficiencia e insatisfacción, el sujeto queda aún peor que antes. En individuos con un desarrollo estructural más maduro, esta experiencia desagradable debería forzarles a la búsqueda de otras formas de externalización, y el desarrollo de algunos mecanismos internos de defensa, variando así sus dinámicas lo suficiente como para no repetir. En cambio, los sujetos vulnerables, incapaces de desarrollar estructuras defensivas internas sin tratamiento, no encuentran otra solución mejor, y acaban sucumbiendo a la tentación de una nueva toma de droga. Se cierra así el mecanismo de retroalimentación positiva, reforzándose el círculo vicioso con cada nueva experiencia de intoxicación. El círculo vicioso de Rado, que he propuesto denominar "mecanismo psicodinámico regresivo de la adicción" (de Rivera, 1982) parece ajustarse bien a las dinámicas de muchos heroinómanos y alcohólicos, aunque en la experiencia clínica con adolescentes y adultos jóvenes se encuentran algunos sujetos que no encajan bien en el esquema de Rado. Se trata de individuos que parecen estar "en busca de su propia identidad" (Feldman, 1971) o "huyendo de una

sociedad aburrida y poco gratificante" (Delteil, 1970). Son de mejor nivel socioeconómico y educacional, menos proclives a la criminalidad, prefieren el uso de LSD y otros psicodislépticos y tienden a ser descritos como soñadores, intuitivos, carentes de agresividad y competitividad, introvertidos, sociables, interesados por el arte y la creatividad (Masters, 1966; Lukoff, 1990). A lo largo del tratamiento de pacientes de este tipo se suele poner de manifiesto la operación de un proceso en círculo vicioso esencialmente diferente del de Rado, y que presentamos en la Fig. 2. Más que en tendencias regresivas hacia estados infantiles primitivos, como había descrito Rado, la base de este mecanismo está en el deseo de progresar hacia formas de pensamiento más desarrolladas y creativas, razón por la cual sale denominado "mecanismo psicodinámico progresivo de la adicción" o círculo vicioso progresivo (G. de Rivera, 1980, 1982).

El vago sentimiento de insatisfacción con la realidad presente, el inconformismo, las ansias de superación y la búsqueda de conceptualizaciones más amplias de la realidad, son fenómenos frecuentes en muchos artis-

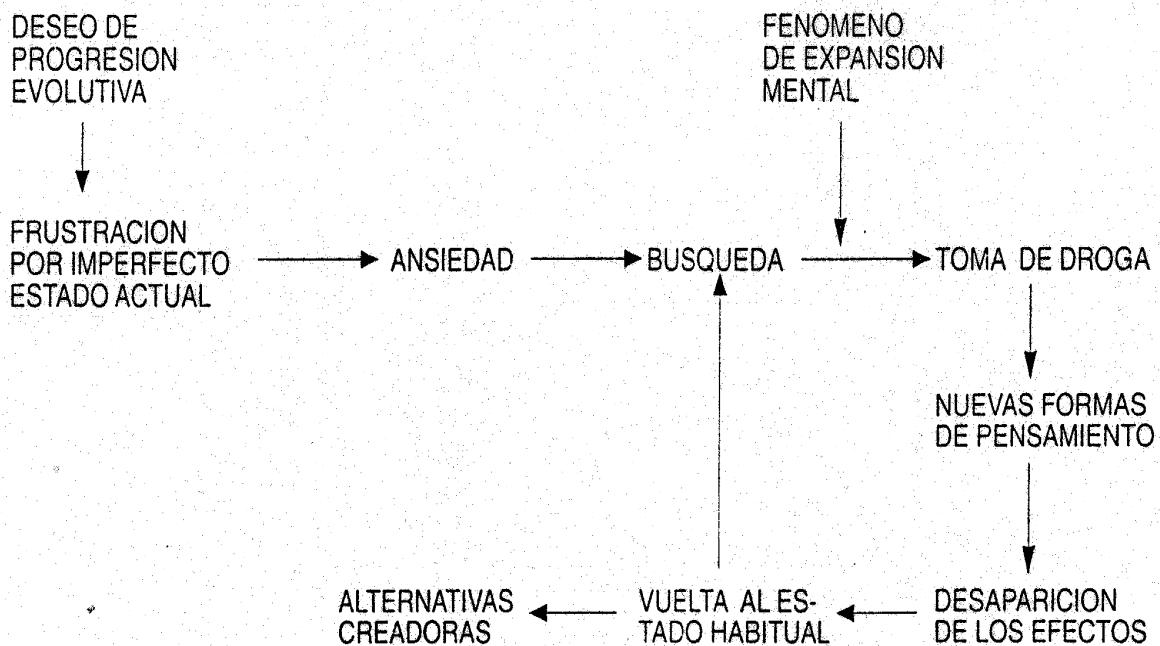


Fig. 2. Mecanismo psicodinámico progresivo de Rivera

tas y científicos, y corresponden a lo que Jung denomina "tensión creadora". Según Jung (1933), hay personas mejor dotadas de lo normal, para quienes "... la restricción a la normalidad significa un aburrimiento insoportable, esterilidad infernal y desesperación ... hay mucha gente que se vuelve neurótica por tener que ser sólo normal, de la misma manera que hay muchos neuróticos que lo son porque no pueden llegar a ser normales". Algunos de estos individuos creativos experimentan ocasionalmente crisis psicóticas de características peculiares, durante las cuales son capaces de continuar sus trabajos con altos niveles de creatividad (Rivera, 1992c). Algunos de ellos también son proclives a experimentar con drogas, especialmente si se encuentran en una cultura o lugar que favorece su consumo. Cuando esto tiene lugar en un estado de alta tensión creadora, particularmente si la droga tiene efectos psicodislépticos, el nuevo mundo de percepciones y formas de pensamiento que queda abierto es valorado muy altamente, y su exploración puede ser proseguida sin drogas, en ocasiones con resultados terapéuticos (Grof, 1980; Rivera, 1980; Lukoff, 1990). Sin embargo, en sujetos predispuestos, la vuelta a la normalidad se acompaña de renovados sentimientos de insatisfacción, ansiedad y búsqueda, poniéndose en marcha el círculo vicioso adictivo. En ocasiones, cuando la intensidad del ansia adictiva aumenta de manera insoportable y/o aparecen sentimientos de culpabilidad y depresión, se acaban poniendo en marcha mecanismos psicodinámicos regresivos, con paso a otro tipo de drogas.

El círculo vicioso de VanDijk (1971) tiene el mérito de incluir aspectos biológicos y sociales, además de los psicodinámicos, y habla así de un círculo vicioso cerebral, otro sociogénico y otro psicógeno. muy parecido este último al de Rado, que se imbrican y se reactivan mutuamente. Los conceptos de VanDijk han ejercido gran influencia en la planificación de la asistencia al toxicómano en Holanda, país del que procede, y su círculo

vicioso bien podría denominarse el "mecanismo biopsico-social de la adicción". Por último, el círculo vicioso de Wurmser (1978), que se resume en la fig. 3, es aplicable a los adictos más graves, y se basa en la comprensión profunda de las dinámicas que siguen a una crisis narcisista aguda. Según el esquema de Wurmser, el círculo compulsivo de la adicción se pone en marcha tras cualquier experiencia de dificultad o fracaso, que representa una lesión más en la inestable identidad y precaria autoestima del adicto. Esto lleva a un fracaso súbito de sus frágiles defensas contra los poderosos afectos primitivos, forzando el recurso masivo a la externalización. El fracaso de las defensas se acompaña también de liberación de los impulsos agresivos y de escisión del superyo, lo cual puede dar lugar a conductas auto y heterodestructivas. Finalmente, la inducción química de un estado de plenitud y sosiego resuelve la situación por el momento, quedando el individuo proclive a repetir el ciclo tan pronto como recupere su estado habitual.

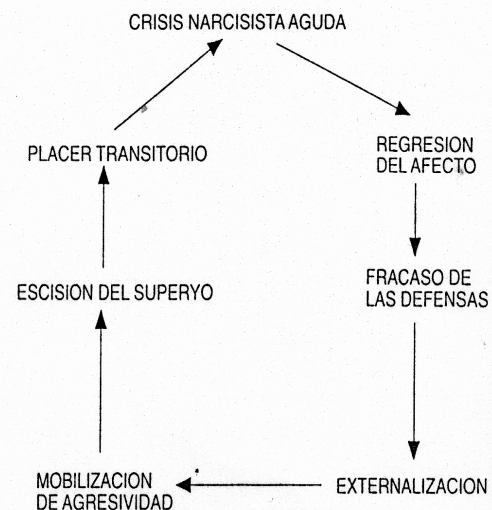


Fig. 3. El círculo vicioso compulsivo de Wurmser.

Elección de droga preferencial de abuso

Es fácil observar que aún respondiendo al mismo patrón, los adictos a distintas drogas presentan entre sí diferencias de perso-

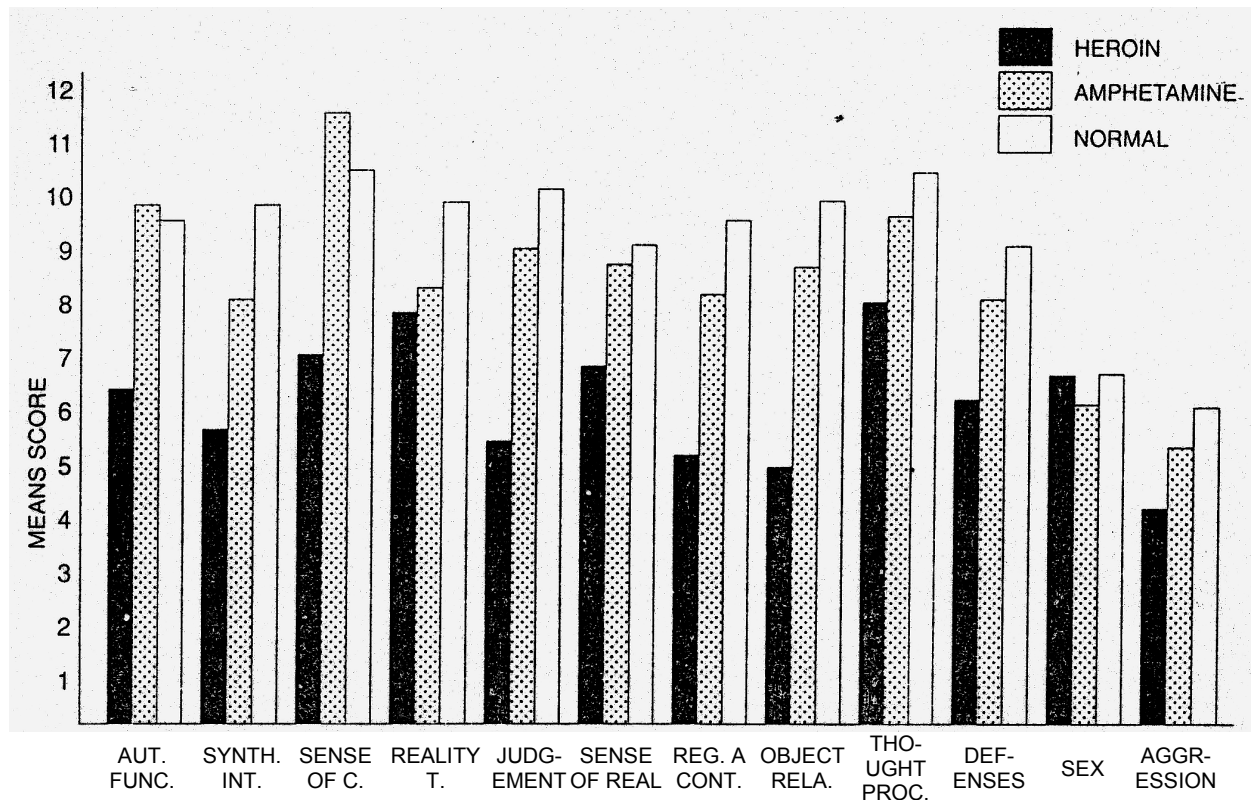


Fig. 4. Funciones del yo en adictos a la heroína, a la anfetamina y en normales. (Frosch, 1978. Cortesía del National Institute on Drug Abuse, USA).

alidad y comportamiento, así como una clara preferencia por su sustancia específica de abuso. Incluso en sujetos que utilizan varias drogas, hay siempre una "droga reina" o droga madre", que es aquella que más claramente responde a las exigencias de sus dinámicas internas. Este fenómeno de elección de droga fue por primera vez puesto en evidencia por Wieder (1969), y ha sido corroborado independientemente por varios investigadores (Milkman, 1973; Khantzian, 1975; Wurmser, 1978; Rivera, 1980). Frosch (1978), aplicando estudio sistemático de las funciones del yo en sujetos normales y en adictos a la heroína y a la cocaína, demuestra claras diferencias entre los tres grupos (ver fig. 4). En general, la mayoría de los adictos inician su experiencia con varias drogas, frecuentemente siguiendo un proceso en escalada, o progresión desde drogas más "blandas" (de efectos menos intensos y más socialmente aceptables) a otras más "duras". Una vez cristalizada la externaliza-

ción como defensa, se sigue el ensayo en la búsqueda de la sustancia cuyos efectos mejor compensan las características específicas del sufrimiento psíquico. Khantzian (1985) ha denominado este proceso la "hipótesis de la automedicación" basado en la evidencia de que los adictos presentan importante morbilidad psiquiátrica preactiva, y recurren de manera continuada a la droga cuando descubren que sus efectos psicoactivos contrarrestan los síntomas más desagradables de su trastorno.

Otros autores han presentado datos clínicos que confirman este punto de vista (Krystal, 1970; Rousanville, 1982. 1991; Blatt, 1984). Wursman (1978) había enunciado estos mismos conceptos en diferentes términos, al definir la preferencia por cada sustancia en función del tipo de efectos o impulsos más amenazantes para cada paciente. Así, el problema predominante en los adictos a narcóticos sería la agresividad y la cólera, efectivamente contrarrestado por la ac-

ción calmante de los opiáceos. El alcohol, los ansiolíticos y los sedantes alivian la ansiedad antisocial, disminuyen las inhibiciones y disuelven el temor a la intimidación y a la dependencia. El alcohólico experimenta además un desagradable sentimiento de inferioridad y cobardía, que se convierte en sensación de poder y valor cuando se intoxica (McClelland, 1972). Los adictos a la cocaína y a los estimulantes en general prefieren este tipo de droga para contrarrestar sentimientos depresivos de fatiga y agotamiento, y, en menor escala, de vacío y aburrimiento. A este respecto, hay que tener en cuenta que no todos los depresivos se sienten interesados por la cocaína, sino sólo aquellos que se exigen a sí mismos funcionar en niveles de alta energía e hiperactividad (Khantzian, 1990).

Conclusión

La innegable importancia de los factores sociales y culturales, así como la evidencia de que, por lo menos en lo que se refiere al alcoholismo, la predisposición a la adicción puede tener bases genéticas y constitucionales (Vaillant, 1989; Lester, 1989) no se oponen al enfoque psicodinámico, sino que, por el contrario, le otorgan renovada importancia. Nuevos métodos de evaluación, diagnóstico, prevención y rehabilitación son necesarios, empezando por la detección y tratamiento precoz de las personalidades vulnerables, siguiendo por la oferta de alternativas psicosociales, y, sobre todo, asegurando que la educación de los profesionales responsables de la "lucha contra la droga" se ocupe de formar las actitudes necesarias para erradicar el mal modificando el terreno en que se asienta.

Bibliografía

ABRAHAM, K.: *The psychological relation between sexuality and alcoholism*. En: Selected papers of Karl Abraham, Basic Books, New York, 1960; 1908.
BLATT S. J.; BERMAN. V.; BLOOM-FESCHBACH. S.; SUGAR-MAN, A.:

WILBER. C.; KLEBER. H.: *Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts*. J. Nerv. Ment. Dis., 1984; 172:156-165.
BOWLBY, J.: *Pathological mourning and childhood mourning*. J Amer Psychoanal Assoc. 1963; 11:500-541.
CHEIN, I.; GERARD, D. L.; LEE. R- S.: ROSENFELD, E.: *The Road to H: Narcotics, Delinquency and Social Policy*. Basic Books, New York. 1964.
DOLE, V. P.; NYSWANDER. M. E : *Addiction. A metabolic disease*. Arch. Intern. Med., 1967; 120:19-24.
ESCOHOTADO, A: *Historia de las drogas* (3 vols). Alianza Editorial, Madrid, t 989. 1990.
FALK, J. L.: *Drug dependence: Myth or motive?* Pharmacol. Biochem. Behav. 1983; 19:385-391.
FRANKL, V: *The will to meaning*. Penguin, London, 1969.
FREUD, A: *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós, Buenos Aires. 1965.
FREUD, S: *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas, vol. 7. Amorrortu. Buenos Aires, 1979, 1905.
FREUD, S.: *El yo y et ello*. Alianza Editorial, Madrid, 1923.
FROSCH, W. A.; MILKMAN, H.: *Ego functions in drug users*. En: *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph n° 12, Rockville, 1978. Págs. 142-156. .
GLOVER,,: *On the early development of mind*. International Universities Press, New York, 1956.
GOLDBERG, S. R.; STOLERMAN, I. P.: *Behavioural analysis of drug dependence*. Academic Press, New York, 1986.
GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Drogas, estados de conciencia y creatividad: Contribución al estudio de los aspectos artísticos y psicodinámicos de la adicción*. Psiquis, 1980; 1:167-175.
GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Las toxicomanías y sus psicodinamias*. Psiquis, 1982, 3:205-208.

- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; GARCIA-ESTRADA, A.: *Psychopathology of Behaviour*. European Textbook of Psychiatry, Anthropos, Barcelona, 1991.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.: *La evaluación psicodinámica de las funciones del yo*. Psiquis, 1992a; 13:287-324.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *The stages of Psychotherapy*. Eur. J. Psychiat., 1992a; 6:51-58.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: *Creative Psychosis*. En: F. P. Ferrero, A. E. Haynal, N. Sartorius (Eds.). *Schizophrenia and affective psychoses. Nosology in contemporary psychiatry*. John Libbey, New York, 1992c, pp. 123-129.
- GOSSOP, M.; GRANT, M.: *Preventing and controlling drug abuse*. World Health Organization, Ginebra, 1990.
- GRODDECK, G.: *Au fond de I home, cela*. Gallimard, Pans, 1963.
- GROF, S.: *LSD psychotherapy*. Hunter House, Pomona, 1980.
- JUNG, C. G.: *Modern Man in search of a soul*. Harper, New York, pág. 32, 1933.
- KANDEL, D. B.: *Longitudinal research on Drug Use. Empirical findings and methodological issues.*, Wiley, Washington, DC, 1978.
- KANDEL, D. B.; RAVEIS, V. H.: *Cessation of illicit drug use in young adulthood*. Arch. Gen. Psychiatry, 1989, 46: 109-116.
- KERNBERG, O.: *Borderline conditions and pathological Narcissism*. Aronson, New York, 1975.
- KHANTZIAN, E. J.: *The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence*. Am. J. Psychiatry, 1985; 142:1259-1264.
- KHANTZIAN, E. J.: *A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1986; 12:213-222.
- KHANTZIAN, E. J.; HALLIDAY, K. S.; McAULIFFE, W. E.: *Addiction and the vulnerable self*. The Guilford Press, New York, 1990.
- KOHUT, H.: *The analysis of the self*. International Universities Press, New York, 1971.
- KOHUT, H.: *Preface. Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph n° 12, Rockville, 1978.
- KRYSTAL, H.; RASKIN, H. A.: *Drug dependence. Aspects of ego function*. Wayne State Press, Detroit, 1970.
- KRYSTAL, H.: *Alexythymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment*. Int. J. Psychoanal. Psychother., 1982; 9:353-388.
- LESTER, D.: *The heredability of alcoholism. Science and social policy*. Drugs Soc., 1989; 3:29-68.
- LUKOFF D.; ZANGER, R.; LU, F.: *Psychoactive substances and transpersonal states*. J. Transper. Psychol., 1990, 22: 107-148.
- MASTERS, REL; HOUSTON, J.: *The varieties of psychedelic experience*. Dell Publishing, New York, 1966.
- McCLELLAND, D. C.; DAVIES, W. N.; KALIN, R.; WANNER, E.: *The drinking man*. MacMillan, New York, 1972.
- MILKMAN, H.; FROSCHE, W. A.: *On the preferential use of heroin and amphetamine*. J. Nerv. Ment. Dis., 1973; 156:242-248.
- OLTMAN, J. E.; FRIEDMAN, S.: *Report on parental deprivation in psychiatric disorders*. Arch. Gen. Psychiat., 1965; 12:46-56.
- ORMAZABAL, J.; COLS.: *El doble diagnóstico de esquizofrenia y toxicomanía*. Psiquis, 1993, 14.
- PEELE, S.; BRODSKY, A.: *Love and addiction*. Taplinger, New York, 1975.
- PEELE, S.: *Addiction as a cultural concept*. Ann New York Acad. Sci., 1990; 602: 205-220.
- RADO, S.: *The psychoanalysis of Pharmacothymia*. Psychoanalytic Quarterly, 1933; 2: 1-23.

- RADO, S: *Narcotic bondage. A general theory on the dependence on narcotic drugs*. Am. J. Psychiatr., 1957, 114:165-170.
- ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; HESSELBROCK, M; WISH, E: *Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study changed our view of heroin*. En. The Year Book of Substance Use and Abuse, 1980; 2:213-230.
- ROUSANVILLE, B. J.; ANTON, S. F.; CARROL, K.; BUDDE, D; PRUSOFF, B. S.: *Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers*. Arch Gen Psychiatr, 48:17-22.
- ROUSANVILLE, B. J.; WEISSMAN, M. N.; KLEBER, H. D.; WILBER, C: *Heterogeneity of Psychiatric diagnosis in treated opiate addicts*. Arch. Gen. Psychiatr, 1982; 39:161-166.
- VAILLANT, G. E.: *A 12 years follow up of New York Narcotic addicts*. Arch Gen Psychiat, 1966; 15:599-609.
- VAILLANT, G. E.: *What does long term follow up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?* Br. J. Addict., 1988; 83:1147-1157.
- VAILLANT, G. E.: *The pendulum swings the other way: The role of environment obscured by genes*. Arch. Gen. Psychiatry, 1989; 46:1151-1152.
- VANDIJK, W. K.: *Complexity of the Dependence Problem: Interaction of Biological with Psychogenic and Sociogenic factors*. En: HM van Praag, (Ed.). Biochemical and Pharmacological Aspects of Dependence. Bohn, Holanda, 1971.
- WESTERMEYER, J.: *Nontreatment factors affecting treatment outcome in substance abuse*. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1989; 15:13-30.
- WIEDER, H.; KAPLAN, E. H.: *Drug use in adolescents: Psychodynamic meaning and pharmacogenic effect*. En: *Psychoanalytic Study of the Child*, 1969; 24: 399-431.
- WURMSER, L.: *The hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use*. Aronson, New York, 1978.
- WURMSER, L.: *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. J. Am. Psychoanal. Assoc., 1974: 22:820-843.
- WURMSER, L: *Flight from conscience: Experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, part I: Dynamic sequences, compulsive drug use*. J Subst Abuse Treat, 1987; 4: 157-168.
- WURMSER, L: *Flight from conscience: Experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, part II: dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users*. J Subst Abuse Treat, 1987; 4:169-179.
-