

Cifuentes, D. 2016. La drogodependencia como fenómeno de regulación afectiva frente al trauma relacional temprano. Revista Latinoamericana de Psicología Analítica, ENCUENTROS. e41, 2016. <http://revista.cgiung.cl>

La drogodependencia como fenómeno de regulación afectiva frente al trauma relacional temprano

Diego Cifuentes¹

RESUMEN

Desde distintos enfoques psicológicos el trauma es definido a partir de lo observado tanto en la clínica como en la investigación de los patrones relacionales tempranos, como las consideraciones respecto al apego temprano, las experiencias traumáticas asociadas a eventos naturales o accidentes y el trauma considerado como relacional. Se busca a través de las contribuciones de la psicología analítica entender la psicodinámica de la psique en la comprensión de cómo el trauma relacional estructura de una forma más o menos estable la psique y como ello da sentido a la comprensión de algunos fenómenos relacionales. Comprender estas interacciones contribuirá a la forma en que el clínico debe afrontar la relación y saber qué es lo que el paciente necesita, ya que tanto desde la psicología analítica como desde el psicoanálisis relacional, cada relación terapéutica es única y exige sus propias configuraciones vinculares. Luego de esas aclaraciones, se formula el problema de las drogodependencias como fenómeno en la desregulación afectiva frente a eventos traumáticos relacionales tempranos disociados de la conciencia, donde el consumo de drogas surge en parte como necesidad de regulación frente a la aparición de recuerdos y/o afectos no elaborados y en otra como intento de disociación de la realidad que surge demasiado amenazante para el yo, con dificultades en mantener la abstinencia en el paciente producto del surgimiento y toma de control de los complejos y por ende de la evitación de la retraumatización que implica el recordar. Esta relación entre trauma relacional temprano y el ámbito de las adicciones, será ejemplificado con un caso clínico y con viñetas de pacientes drogodependientes que dan cuenta de la incidencia del trauma y el consumo de sustancias.

Palabras claves: trauma relacional, complejo, defensas, disociación, escisión, drogadicción, psicoterapia.

¹ Psicólogo, Magister Psicología Clínica Junguiana.

Consideraciones preliminares respecto al concepto de Complejo.

Dentro de la psicología analítica se da especial atención al periodo de la primera infancia, donde la interacción entre el infante y sus figuras primarias dejan fijados en la psique ciertos contenidos emocionales y como resultado de ello, esta relación queda establecida a modo de patrones relacionales que estructuran el psiquismo de la persona.

Al respecto de este punto, una de las nociones centrales dentro de la psicología analítica es el concepto de complejo, que intenta explicar la forma en que se comporta el inconsciente respecto a ciertas vivencias conflictivas. Según Sassenfeld (2007) refiriéndose a la definición que Jung entrega de complejo, este puede ser definido como una “imagen de una situación psíquica determinada, intensamente acentuada en términos emocionales y que se revela como incompatible con la situación habitual o actitud de la conciencia”. (p. 28). A la vez Stein (2004) agrega que estas entidades psíquicas que quedan fuera del mundo de la conciencia puede causarle serias y abrumadoras perturbaciones al yo, sobre todo, porque los complejos al estar fuera del campo de la conciencia, actúan con cierta autonomía. A esta pérdida de control sobre las propias emociones y por ende de las conductas llevadas a cabo, es lo que Jung (2004) denominó como estar <constelado por el complejo>.

Para dar cuenta de las implicancias de los complejos y además definir con mayor precisión esta definición citamos a Stein (2004):

Quando ocurre la constelación de un complejo es como si se estuviera poseído por un demonio, por una fuerza que supera la propia voluntad. Esto provoca una sensación de desamparo. Aún cuando uno se observa a sí mismo transformarse en víctima insensata de una compulsión interna que obliga a decir o hacer algo que se sabe sería preferible no decir o no hacer, el guión se desarrolla según lo previsto y se pronuncian las palabras, se efectúan los actos. Una fuerza intrapsíquica ha sido provocada por una situación que ha sido constelada. (p. 67).

Si bien esta definición da cuenta del carácter problemático que supone la presencia de los complejos en la vida psíquica humana, Sassenfeld (2007) da cuenta de la perspectiva con que veía Jung a los complejos, no solo caracterizados por molestos “ataques” inconscientes hacia el yo, sino además de su papel protagónico para promover el desarrollo psíquico hacia la resolución de ciertas problemáticas individuales. Sin embargo, si esto no sucede, la persona queda “tomada” por el complejo y como mencionamos anteriormente, el suponer su autonomía implica a la vez una consecuente disociación de la psique consciente. Además estos contenidos irreconciliables e irresueltos están definidos por ser “recuerdos, deseos, temores, obligaciones, necesidades e ideas con las cuales el individuo no logra conciliarse.” (Sassenfeld, 2007, p. 69).

Además Stein (2004) refiere que este núcleo del complejo está constituido por “imágenes asociadas y recuerdos congelados de eventos traumáticos que están enterrados en el inconsciente y que no son fácilmente recuperables por el yo”. Debido a que estos son “recuerdos reprimidos” agrega que “lo que entreteje los diversos elementos asociados del complejo y los mantiene en su sitio, es la emoción” (p. 79).

No obstante, Jung no solo se dio cuenta que lo inconsciente posee una parte que ha sido reprimida o disociada de la conciencia por su carácter de incompatibilidad con esta y a vivencias intensamente cargadas de emoción (Kalsched, 1998; Sassenfeld, 2007; Stein, 2004), sino que además posee contenidos que nunca han llegado a ser conscientes. A estos contenidos Jung (2004) denominó como *arquetípicos*, provenientes de una parte del inconsciente, que a diferencia del inconsciente personal (donde se hallan los complejos), estos pertenecen a un inconsciente colectivo y por ende comunes a toda la humanidad.

Trauma y desarrollo psíquico.

Consideremos la definición que Jung nos entrega con respecto del trauma psíquico estructurado en torno a lo relacional, donde alude a este de la siguiente forma: “ciertos complejos surgen por experiencias dolorosas o desagradables en la vida individual. Son experiencias vitales de tipo afectivo que dejan heridas psíquicas de larga duración” (Jung, Vol.8, parra. 594, en Pomés, 2010, p. 50).

Stein (2004) aporta a esta definición y a la dinámica del trauma refiriendo que el complejo “está constituido por dos partes: una imagen o huella psíquica del trauma originario y una pieza intacta (arquetípica) que está estrechamente relacionada con dicha experiencia” y además agrega que “ese núcleo dual del complejo va creciendo al acumular asociaciones a su alrededor, y esto puede continuar durante toda una vida” (p. 79).

La definición que el analista junguiano Donald Kalsched (1998) da al respecto es que “Por definición, el trauma temprano es una experiencia que le provoca al niño dolor psíquico insoportable –un dolor tan severo, que no puede ser procesado por las capacidades simbólicas e integrativas de la psique debido a la inmadurez del ego.” (p. 1) y además que dentro del trauma “se produce una inversión del habitar interiormente, una escisión del afecto respecto de la imagen.” (p. 8). Esta experiencia de disociación entre los afectos y las imágenes, es descrita clínicamente de la siguiente forma:

A veces los pacientes cuentan algo y la terapeuta tiene la impresión que ya no hay más de que hablar, que la sesión ya terminó, que ya está todo dicho, y otras veces, los pacientes hablan, cuentan pero como que no se puede llegar genuinamente a ellos, no se logra el contacto, y la terapeuta se siente como dando vueltas en banda. Varios clínicos destacan estos sentimientos contratransferenciales: subrayan que el discurso de los pacientes puede llegar a ser ininteligible por encontrarse desprovisto de afectos. Destacan que las palabras existen solamente como estructuras petrificadas, vacías de sustancia y de significado (López, 2014, p. 3).

Estas definiciones al respecto del fenómeno del trauma, como se observará son bastante semejantes y nos dan luces acerca de lo central del complejo: 1- Todo núcleo del complejo trae aparejado una experiencia traumática, siendo la característica y definitoria de esta experiencia la intensidad afectiva con la cual es vivenciada dicha experiencia. 2- La tendencia a la repetición al constelar otros contenidos que evoquen tonalidades afectivas y contenidos similares. 3- La individualidad de la experiencia; vivenciada como traumática o no, dependiendo de la capacidad del yo para tolerar dichas experiencias, de lo cual se desprende que la importancia de dichos eventos es el impacto subjetivo que esta pueda tener por sobre la persona, así un mismo evento puede ser vivenciado por una persona como

traumático, mientras que para otra no lo sea necesariamente.

Tanto dentro de la psicología analítica, como dentro de otros enfoques como el psicoanálisis relacional, la temática del trauma ha sido central dentro de la clínica. Podemos constatar entre ambos enfoques, que hay claras líneas de convergencia con respecto a cómo se considera la dinámica traumática. Siguiendo esta idea, el trauma dentro del enfoque psicoanalítico relacional, se constituye en un contexto vincular, por lo tanto lo primordial en ello, como se mencionó con anterioridad, es que el trauma se configura como una experiencia emocional subjetiva y será esta la que definirá la psicopatogénesis de la enfermedad (Araneda; Guendelman; Sassenfeld; Stutman, 2013).

La experiencia del trauma es descrita por Bromberg (1998, en Araneda, et. Al, 2013) como una inundación caótica y aterradora de afectos que amenaza la integridad psicológica, lo cual se transmitirá en la sensación de fragmentación y de despersonalización.

Desde este punto de vista, y realizando un paralelo entre la teoría analítica Junguiana y el psicoanálisis relacional, la configuración de patrones psicopatológicos en ambos estaría conformado por experiencias tempranas con el otro-cuidador de forma negligente, configurando el núcleo traumático del complejo. Esto implicaría la invalidación de la mismidad del niño, y al respecto Kalsched (1998) refiere como resultado de dicha experiencia la formación de complejos como *psiques escindidas*. El trauma entonces en la primera etapa de apego generaría la *disociación* como defensa de último recurso. Es una forma de no estar del todo presente en la experiencia, con finalidad de evitar la angustia de desintegración.

Al respecto Stein (2004) describe esta experiencia manifestando que:

De cuando en cuando, todo ser humano puede disociarse, y de hecho se disocia, experimentando leves estados alterados de conciencia, o la posibilidad de desprenderse, o desconectarse de una experiencia traumática para poder seguir funcionando. Estar <<en complejo>> es en sí un estado de disociación. La conciencia del yo se ve perturbada y, dependiendo de la extensión de la perturbación, puede caer en un estado de confusión y desorientación considerable (p.77).

Tanto Stein como Kalsched hacen alusión al tiempo durante el cual un complejo puede mantenerse “encapsulado”, y en este sentido, refieren que pueden pasar años sin que el complejo se exprese en la vida cotidiana de la persona a modo de malestar ya sea físico o psíquico. Independiente de cuales sean los resultados respecto a la manifestación o no de este complejo, la mantención de la disociación en el trauma puede generar una forma de estructurar el psiquismo de forma más o menos estable.

Así el trauma escindiré, desorganizaré, hasta desintegraré en peores casos la psique al menos en dos partes (Kalsched, 1998; Bromberg; Stolorow & Atwood; en Araneda, et. Al, 2013). Una parte de la personalidad “sobreviviente” al trauma hace una progresión respecto al desarrollo del self, por ejemplo, lograr una cierta adaptación al mundo de manera satisfactoria, y otra parte que se estanca en lo infantil. Esta última experiencia está reflejada por ejemplo en pacientes donde la sensación generalizada es más bien hipnoide, expresado a modo de “no tener los pies sobre la tierra”, lo que expresa un fenómeno en donde la conciencia se mantiene en un estado alterado.

Así dentro de la observación clínica:

Cuando estas imágenes reclaman su lugar en la conciencia, la vivencia es de gran ansiedad. También de mucha confusión e inseguridad sobre qué ocurrió, si es que ocurrió. Tampoco existen palabras para nombrar una experiencia que, por traumática, confusa, solitaria, dolorosa y amenazante, no se nombró nunca antes (Pomés, 2010, p. 48).

Sumado a esto, Araneda, et.al (2013) mencionan que las personas fuertemente traumatizadas mantienen una constante sensación de incertidumbre respecto a lo que pueda suceder en un futuro, como si el paciente habitara en un mundo totalmente desconocido, sintiéndose parte de un mundo distinto. Es como si el pasado se volviera presente y el futuro perdiera su sentido, por ende el trauma pasado es vivido en la actualidad.

Estas reflexiones nos acercan al mundo interior del paciente traumatizado caracterizado por una psique escindida por *defensas arcaicas* (Kalshed, 1998) caracterizadas por la disociación, la cual “protege la estabilidad del self mediante el control de los afectos traumáticos no simbolizados que no es capaz de regular” (Bromberg, 2003, en Sassenfeld, 2013a) pero que sin embargo, “protege frente a la fragmentación del self y restaura el ser persona y la cordura al desligar de modo hipnoide los estados incompatibles de conciencia y al permitir acceso a estos solo en cuanto experiencias mentales cognitivamente no vinculadas” (Bromberg, 1998, en Sassenfeld, 2013a).

Aquí entramos a un campo aún más complejo respecto a la clínica del trauma. Hemos constatado, que el trauma, estructura la psique en diversos campos a modo de complejos y que la característica principal de estos complejos, es que al estar disociados de la conciencia por su carácter amenazador mantienen parcial o total autonomía. Que incluso pueden pasar años sin que la persona mantenga indicios de su presencia. Sin embargo para la clínica esta escisión genera una problemática para su terapéutica, y la pregunta que se plantea entonces es: si la persona no mantiene registro cognitivo respecto al evento traumático, sino síntomas o afectos incapaces de ligarse con la experiencia en sí, ¿cómo se accede a estos contenidos? ¿Cómo el clínico da cuenta de su presencia o de aquellas experiencias implícitas?

Una de las formas que el psicoanálisis relacional ha podido dar respuesta a estos fenómenos, ha sido a través del concepto del *enactment*. Aún sin una traducción consensual es entendida como escenificación, puesta en acción o puesta en acto (Sassenfeld, 2012), es entendido como un evento disociativo, en primera instancia inconsciente de comunicación, a través de la cual se revelan formas y pautas de interacción implícitas, tanto conscientes como inconsciente por parte de terapeuta y paciente (idem). Esto es de suma importancia para la clínica del trauma, dado que esta escenificación,

Refleja aquellas áreas de la experiencia que el paciente tiene de sí mismo en las cuales el trauma (sea del desarrollo o de inicio adulto) ha comprometido en algún grado la capacidad de regulación afectiva en un contexto relacional y, por ende, ha comprometido el desarrollo del self en el nivel del procesamiento simbólico mediante el pensamiento y el lenguaje (Bromberg, 2011, en Sassenfeld, 2013a).

Cuando Bromberg menciona que el enactment está asociado a las formas de regulación afectiva, nos da una perspectiva para mirar a las puestas en escena como un espacio simbólico, donde se revelan formas

de interacción temprana que se repiten y que por lo tanto poseen elementos disociados tanto de la historia del propio paciente como del terapeuta. Por ello hace alusión a lo que no estaba consciente o simbolizado dentro de la relación interactiva, pero que sin embargo tiene la posibilidad de ser reflexionado y comprendido (Araneda, et. Al, 2013b).

Agregando a lo anterior, como mencionamos, es a través de las escenificaciones que se manifiesta el inconsciente de forma relacional. En otras palabras, desde la psicología Junguiana, está sería una forma en que los complejos autónomos del inconsciente personal que están escindidos de la conciencia, se expresan y dan cuenta del núcleo traumático que los constituye. Por lo tanto, en estas escenificaciones aparece el trauma, el *no yo* del paciente y del terapeuta el cual tiene un significado inconsciente.

Siguiendo a Bromberg (en Sassenfeld, 2013a) el trauma expresado a través del enactment solo tiene posibilidad de ser simbolizado en tanto se reitera en la relación interpersonal, sin embargo es menester del terapeuta que esta repetición no se reproduzca de modo ciego, es decir, hacer consciente la necesidad de reparación y de conciencia respecto a lo sucedido para poder actuar de modo más adecuado a la situación.

Las adicciones

Si bien las investigaciones actuales en el ámbito de las adicciones y su correlación con estilos vinculares tempranos (apego) no han encontrado conclusiones determinantes entre un estilo de apego en particular y el posterior consumo de sustancias, sí se ha podido constatar que las mayores influencias en personas con un consumo sostenido de sustancias psicoactivas es la familia o los cuidadores en su etapa temprana, más allá incluso que los amigos posteriores en la etapa de la adolescencia, debido a que estas últimas relaciones no son consideradas desde el punto de vista del apego, como suficientemente contenedoras, seguras, estables y duraderas, por lo que no serían una fuente confiable si lo que se busca es la cercanía vincular (Taracena & Montañez, 2006).

Respecto al estilo de apego en personas consumidores de drogas, Taracena & Montañez (2006) refieren que estas confían en sí mismas y a la vez son distantes en las relaciones interpersonales. Este tipo de conducta interpersonal es coherente con los hallazgos de abandono, marginación social y escasos lazos con la familia de los consumidores de drogas. De esta manera, los sujetos se presentan de manera devaluadora hacia sus pares y figuras de apego. En el caso de adolescentes drogodependientes, estos tienden a presentar un apego evitativo expresándose en la incapacidad de vincularse de una manera distinta sin recurrir al uso de drogas.

Un caso clínico

Un paciente que llamaremos X para resguardar su identidad, consumidor de pasta base, cocaína, marihuana y alcohol, de 25 años, llega a consultar espontáneamente al centro de rehabilitación. Su consumo comienza con alcohol a sus 13 años. Proveniente de una familia en donde su madre fallece a sus 2 años y su padre temeroso con respecto a cómo criar a su hijo (esto lo explica el mismo padre en una entrevista), decide dejar a X en un internado, donde pasa 3 años y luego su padre, decide ir a buscarlo y vivir con él habiendo mejorado su situación económica y considerando que ya teniendo 7

años podría hacerse cargo de él. X menciona que en su estancia en aquel internado era testigo de violencia física hacia él y otros compañeros de habitación, por lo que su salida de ese lugar era esperada con ansia, sobre todo porque no se explicaba a su corta edad las razones de su internación. Sin embargo al llegar a su casa la escena temida del internado no se disuelve, si no dentro de lo que él esperaba sería un lugar acogedor y diferente a su anterior experiencia, esta se transforma en repetición.

Comienza con el padre reiteradas peleas y dificultades, donde la violencia física se vuelve a instaurar como patrón de relación.

“mi padre no sabía ponerme límites, yo no quería estar en la casa y constantemente buscaba salir de esta buscando un lugar donde poder estar con otras personas, si viera como mi padre me trataba entendería porque no me gusta hablar de él, me da rabia y no siento que merezca que yo hable de él”.

Como se menciona en esta viñeta pareciese que la rabia contenida de X hacia su padre estaba definida por los constantes eventos violentos, lo que era muy comprensible, que cada vez que él paciente se encontraba con un contenido que aludía a esta etapa de su historia, quisiese evitar entrar en ella. Por lo que en adelante establecimos que no era necesario hablar de ello si no quisiese. Sin embargo y curiosamente, la terapia parecía vacía y en la relación terapéutica X comenzaba a faltar sobre todo luego de la decisión de no hablar sobre el padre, donde se pensaría que con mayor razón asistiría a sus sesiones. Luego de 3 sesiones sin asistir, a la 4ta semana X asiste luego de que dentro de la comunidad terapéutica yo me acercara a él solicitando tener nuestra sesión semanal luego de sus constantes faltas. En esta sesión X comenta que no encontraba sentido asistir a sus terapias individuales y deseaba solo seguir asistiendo a las psicoterapias grupales, que no tenía nada más que trabajar. A partir de ello, le comento que es curioso que deje de faltar justo en el momento en que decidimos abordar otros temas, no relacionados con su padre y que esperaba que el viniera más a gusto, sin embargo X comenta que eso estaba bien y explica que su rabia con el padre no estaba relacionada con la violencia que él ejerció en su niñez.

“eso ya pasó, él me golpeaba y yo lo golpeaba a él, incluso me tuvo con un chuzo en la cabeza y yo le gritaba que me matara mejor, sin embargo todo cambio cuando yo ya grande me enfrente a él y le dije que si intentaba hacerme algo como cuando me lo hizo cuando chico yo respondería a él. A partir de entonces mi padre ya no me golpea, nos gritamos actualmente, no nos hablamos ni miramos en la casa casi nos hemos pegado combos, pero nunca volvió a ser como antes. Eso ya lo pasé, ya paso, no voy a reclamar y pa' que hablar sobre todo lo que me hizo, eso no es lo que me causa rabia hoy día, lo que me da más rabia es que no me protegió”.

En este momento recuerdo que en una sesión anterior en psicoterapia grupal X había mencionado que tenía un secreto que no había comentado a nadie y dejó al grupo de compañeros de terapia con una incógnita, con sentimientos de preocupación desde los compañeros y de los terapeutas, lo único mencionado entonces fue que cuando quisiera hablar de ello pudiera hacerlo. ¿Se preparaba durante su tiempo de inasistencia a las terapias individuales el poder hablar sobre lo nunca hablado?

X entonces comenta en terapia individual que a sus 8 años fue abusado por un primo paterno, mayor por diez años. Casi al año en que volvió del internado.

“La rabia que tengo con mi viejo no es por todo lo que me haya pegado, me da rabia, impotencia de que no me haya escuchado cuando le conté lo que me había pasado, me da rabia porque no me protegió en ese momento, no estuvo ahí cuando me pasó y cuando le dije no hizo nada”.

Esto reveló en mí la esencial importancia para X de sentir que sus sentimientos son validados, siente nunca haber tenido la experiencia de alguien significativo para él y me recordé que mi actitud con él respecto a las sesiones individuales siempre habían sido ambivalentes y evitativas con mi necesidad como su terapeuta de buscarlo si faltaba a la sesión semanal y aún así si este faltaba, me preguntaba ¿hasta dónde seguirlo, que necesitaba en su relación que fuera esencialmente reparatoria? Hasta ese momento no sabía la forma de vincularme y que era lo que necesitaba para él dentro del vínculo, por lo cual mi actitud siempre fue la de intentar estar lo más presente y disponible posible. En ese momento donde reveló su secreto que solo había comentado a su padre y su actual pareja. ¿Era una prueba la distancia en saber hasta donde el otro se interesa en estar ahí presente?

Esta historia revela de forma explícita la fuerte necesidad de sentirse protegido, visto, sostenido y comprendido *por el otro-cuidador* en tanto reconocer las necesidades tanto implícitas como explícitas básicas. De esta forma, si no se dieran estas condiciones básicas y necesarias para el establecimiento de un sano vínculo temprano, la posibilidad de sostener experiencias de intensa tonalidad emocional no son posibles y estas se vivencian de una forma abrumadora y en su lugar, incapaz de tolerar dichos afectos, el consumo de droga en X resultaba ser el único contenedor efectivo. En este contexto, Sassenfeld, (2010) menciona que la autora Jean Knox, al recurrir a la teoría del apego y los estudios desarrollados en la actualidad en torno a la temática, “enfatisa que la aparición de los traumas tempranos dan lugar a defensas disociativas globales que fragmentan una experiencia insoportable en partes con la finalidad de disminuir el impacto de los afectos primitivos y poco procesados” (p.44).

Así podemos encontrar relaciones entre los fenómenos de la drogodependencia y las personas que se han visto expuestas a contextos relacionales traumáticos donde “el consumo de drogas puede verse como un intento de enfrentarse con la inseguridad del apego, para disminuir el malestar emocional y regular las relaciones interpersonales.” (Taracena & Montañez, 2006, p. 7).

“Yo no sé si quiero dejar de consumir, porque lo hago cuando vienen recuerdos, la verdad casi todos los días pienso en esas cosas, además si vivo con mi viejo y ni nos vemos. Además en mi casa está lleno de traficantes, no tengo a donde ir, paso solo”.

En ocasiones para X la droga genera insensibilización respecto a afectos amenazadores, por lo que la abstinencia supondría el surgimiento de estos sentimientos que se intenta evitar por reaparición a la memoria de los recuerdos (imágenes) o afectos asociados. Podríamos desde el punto de vista analítico asociar estos recuerdos como las imágenes y “experiencia medular alrededor de la cual se forma el complejo, un fragmento de memoria congelada” (Stein, 2004). El asunto es que en este caso, el complejo no se encuentra disociado de la conciencia, sino más bien, este se ha tomado casi la totalidad de esta, de modo que la dificultad está no en traer los contenidos o imágenes a la conciencia y lograr una cierta congruencia con la afectividad, sino que estos surgen de forma autónoma, sin ni siquiera poder ser ya disociados, si no que requieren en este periodo poder ser elaborados por el Yo. Sin embargo para esto,

se requiere de un espacio suficientemente contenedor, de modo que la vivencia no sea experimentada de forma abrumadora y si esta surge, al menos contar con un espacio donde esta se pueda sostener y elaborar. Araneda (2013) en este punto menciona que en la terapéutica del trauma se hace esencial en primera instancia *ser el testigo emocional del otro que sufre, sostener la confusión intrusiva, lo abrumador, estar conectados con la propia desestabilización, la propia vergüenza, la propia vulnerabilidad* y poder *“trabajar con los enactments”*.

En otras palabras, cuando un complejo se *toma* la relación terapéutica estas aparecen como experiencias no formuladas, es decir, implícitas y por lo tanto *“se activan defensas y mecanismos regulatorios de temor y miedo”* (Guendelman, 2013) es decir, se vivencia la relación terapéutica como posible retraumatización. Las implicancias de esto, es la consecuente *disociación experiencial*, experimentada como el abandono del cuerpo y de la relación con el mundo.

Siguiendo en esta línea otro paciente refiere *“Puedo dejar de consumir la pasta, pero pensar en dejar la marihuana me cuesta, y pensar que no me podré volver a relajar o sacarme las tensiones, no me lo imagino. Esa sensación de despegar, no estar acá y fantasear, me encanta fantasear, es como estar soñando, sueño varias veces con que estoy en un mundo con enanos y me hago chiquito y puedo pasar por una escalera y una puerta muy chica”*.

En este caso el consumo denota claramente elementos infantiles a la base y la fuerte necesidad de desconexión donde la realidad se hace demasiada *“estrecha”* que me hace sentir *“pequeño”* ante el mundo. Sin embargo si este mundo fuese experimentado como contenedor y suficientemente amplio como para dejar un espacio dentro de él, quizás la posibilidad de tolerar la experiencia de la angustia y frustración que implica el estar en el mundo pudiese ser más fácilmente digerida y tramitada por el Yo del individuo. Sin embargo, en su lugar emergen experiencias que denotan un vacío experiencial y en sus vínculos, transparentando los contenidos de los complejos.

La adicción desde este punto de vista respondería a una forma de sostener lo insostenible. Los pacientes cuando hablan de sus experiencias dan cuenta de la fuerte evitación para hablar sobre sí mismos y proyectar sus dificultades no elaboradas en los demás compañeros de terapia y en los terapeutas. El fenómeno de la proyección surgiría entonces como mecanismo defensivo, es también podríamos decir, disociativo, en tanto que no está sujeto a la conciencia, sino mas bien es parte de la forma en que la psique tiene de relacionarse con contenidos no asimilados a esta. Según Jung, la proyección acontece *“por lo tanto uno no hace la proyección: la encuentra hecha. El resultado de la proyección es un aislamiento del sujeto respecto del entorno, en cuanto que se establece con éste una relación no real, sino ilusoria”* (Jung, 2008, p. 23).

López (2014) a través de la descripción de terapias grupales con pacientes drogodependientes da cuenta de cómo se evidencian estos fenómenos:

Con cierta frecuencia, en sesión de terapia de grupo, los pacientes empiezan a describir un contenido o fenómeno cualquiera y la terapeuta siente como si hubiese un trasfondo donde estuvieran tocando una música que ella no logra escuchar ni captar. Como que quedara excluida o no tuviera acceso a conocer, en toda su dimensión, esto que ellos proponen. Tiene la impresión que la melodía es muy atractiva para ellos. Presiente e intuye que hay algo muy peligroso alrededor de ella...Recuerda la historia del flautista de Hamelin: como que los pacientes se

distanciaran y se fueran, como embrujados, encandilados, por algo que puede terminar siendo muy peligroso y negativo. Muchos cuentos de niños subrayan recurrentemente que sí existen los malos, que hay que tener cuidado con lo aparente, como el lobo de la Caperucita Roja, la manzana envenenada de Blanca Nieves, la casa de dulces de Hansel y Gretel, la música del flautista... Estos cuentos podrían prestar un espacio para ir, desde niños, aprendiendo a discriminar entre lo que puede parecer bueno, pero es malo; entre las casitas que se caen, y las que permanecen y resisten (p.2).

La sensación recurrente en pacientes que han pasado por la experiencia de la adicción durante largos años, suele estar reflejada en frases como “cuantos años desperdicie, es como si mi vida hubiese quedado congelada desde que comencé el consumo”.

Esto manifiesta la separación del individuo con su medio y a la vez denota la primacía de lo inconsciente por sobre la conciencia, que otorga esta sensación de *no haber estado viviendo su propia vida*. Jung refiere que “Más bien, es un factor inconsciente el que teje esas ilusiones que se velan a sí mismas, y velan al mundo. Ese tejido termina de hecho en un capullo donde el sujeto queda finalmente encerrado” (p. 23).

Las fuertes frustraciones que trae aparejada esta sensación de *perderse un momento de su vida* es semejante a lo descrito por Coffeng (2008) cuando refiere que las víctimas del trauma viven como si estuvieran en otro planeta,

No se pueden sentir 'normales' de nuevo estando en el mundo normal. Todavía está la otra realidad de la experiencia traumática. Si ellos tuvieron una niñez segura, es difícil reconectarse con ese tiempo. Hay un vacío. Al llegar a un mundo seguro, ellos recuerdan el mundo inseguro. Cuando intentan crear lenguaje acerca de él, este lenguaje parece no aplicable al mundo seguro y puede no ser entendido allí tampoco (p. 11).

Es por tanto central en la experiencia adictiva, la sensación de alienación del mundo, mismo fenómeno que se asemeja a la experiencia de estar tomado por el complejo donde la experiencia es la de vivir en un sueño, la hipnagogia de la experiencia traumática. Solo que en el ámbito de las adicciones pudiésemos preguntarnos si esta ensoñación es inducida voluntariamente o no, dado que el paciente se encuentra en la ambivalencia de querer dejar de consumir, pero a la vez de resistirse a dejar esta experiencia de ensoñación, aplanamiento afectivo y escapatoria de la realidad.

Reflexiones finales.

La problemática del trauma temprano, sin duda alguna que ha implicado el esfuerzo de elaboración durante años para intentar enmarcar sus implicancias en la estructuración del psiquismo. En parte la evidencia clínica a través de los enfoques psicodinámicos modernos como el psicoanálisis relacional y la psicoterapia analítica Junguiana, dan cuenta de la complejidad a la hora de intentar conceptualizar los fenómenos ocurridos dentro de la terapéutica cuando nos enfrentamos a pacientes con historias de negligencia y experiencias fuertemente marcadas por situaciones emocionales que se han constituido

como insoportables o insostenibles. Esto no solo por ser testigos de la intensidad emocional con la cual la viven los pacientes, o por los laberintos emocionales a los que nos vemos expuestos intentando comprender o guiar lo que está sucediendo en ciertos momentos, sino además porque la psicoterapia pone necesariamente en juego los traumas tempranos o actuales tanto del propio terapeuta como del paciente, evidenciados en los eventos implícitos que ocurren en el entre y que la psicoterapia relacional a definido como enactments.

Estas experiencias se complejizan aún más cuando la persona en un intento de regulación emocional solo encuentra a su paso elementos externos dañinos que logran cumplir con la función primaria de sostén frente a sus experiencias traumáticas, experiencias que debieron haber sido otorgadas por un cuidador primario con suficiente capacidad para responder frente a las necesidades emocionales básicas de cuidado y protección. Sin embargo, hemos visto a lo largo de este trabajo como la no satisfacción de estas conforman en el psiquismo núcleos cargados emocionalmente y asociados a imágenes que estructuran patrones de relación con los otros, llamados complejos.

El psicoanálisis relacional ha hecho grandes contribuciones a la terapéutica del trauma, frente a la necesidad de redefinición, revaloración y reubicación de la acción debido a la aceptación de la implicación del terapeuta (Sassenfeld, 2013b) en la situación analítica, acercándose con ello a las consideraciones de *influencia mutua* planteadas por Jung en su libro *la psicología de la transferencia* (1946). Es así como se ha intentado esbozar en este trabajo la complejidad que implica el trauma, y como esto forma la piedra angular para poder comprender lo que subyace en ciertas problemáticas en torno a las adicciones. En vista del material clínico y de mi experiencia en este campo durante los últimos dos años de ejercicio en la práctica terapéutica con este tipo de pacientes, es que se ha ido conformando un mayor entendimiento respecto a los fenómenos que ocurren en la terapia en donde muchas veces sino en todas con un tiempo transcurrido en las sesiones, se descubren eventos traumáticos en la historia de estos pacientes.

Las mayores conclusiones que espero haber podido comunicar, podrían ser resumidas de la siguiente manera:

- 1.- La adicción implica en sí misma una dificultad a la clínica, ya que la sintomatología y disregulación emocional no permite ver con claridad la personalidad de la persona, lo que supone en primera instancia la búsqueda por la motivación del paciente a dejar la sustancia; desintoxicarse para que este pueda contactarse con sus afectos, sin embargo para que esto sea posible, se hace necesario que el paciente sienta el espacio terapéutico suficientemente contenedor como para desplegarse.
- 2.- Esto supone que el consumo de sustancias surge como resultado de un intento de regularse emocionalmente frente a recuerdos y afectos que surgen a la conciencia de modo amenazadora.
- 3.- Como el paciente no posee los mecanismos yoicos suficientes para hacer frente a la intensidad emotiva que supone mirar y elaborar la experiencia traumática, estos contenidos se toman la conciencia con cierta autonomía, lo que da a conocer lo planteado por la psicología analítica como complejos autónomos del inconsciente personal, con un núcleo traumático que estructura el psiquismo.

4.- Considerando la autonomía de los complejos, se plantea la psique como un conjunto de instancias diferenciadas, escindidas y la disociación como mecanismo defensivo de la psique frente a la amenaza de las vivencias fuertemente cargadas de emoción que amenazan con desestructurar el psiquismo. Por lo que es parte de la búsqueda de sobrevivencia, el no recordar el trauma relacional temprano (lo sucedido) o hablar de este, como si estuviera carente de emoción.

5.- En la clínica, producto de que el trauma implica el no recordar, la forma de poder acceder a estas experiencias implícitas que dan cuenta de la forma vincular (estilo de apego) temprana, es a través de los enactments o puestas en acto dentro del contexto terapéutico que revelan el tipo de interacción dada entre paciente y terapeuta.

Finalmente, quisiera rescatar este último punto acerca de los enactments y su contribución al tratamiento de las adicciones, en tanto fenómeno vincular y como reflejo del patrón relacional implícito del paciente, este se puede observar en el tratamiento de pacientes drogodependientes en la forma de recaídas. Si bien en primera instancia del tratamiento estas responden a la compulsión por seguir consumiendo la sustancia, ya sea por el placer que genera, como evitación del síntoma de abstinencia u otros motivos biológicos, pasada la etapa de desintoxicación y el paciente ha pasado ya un periodo donde logra controlar su consumo, las recaídas pudieran ser consideradas en un sentido mayormente simbólico dentro de la terapia en que estas ya no surgen netamente por la compulsión a consumir, sino más bien como retrato implícito de la regulación afectiva frente a momentos de la terapia donde “algo ha pasado y no nos percatamos” es decir, un enactment y el consumo entonces se torna simbólico, como resultado de la reiteración del patrón vincular, como si *Kairós* hubiese pasado y ni el paciente ni el terapeuta tomaron consciencia de lo que estaba sucediendo, o lo que se estaba repitiendo.

Cuando esto ha ocurrido, ha sido necesario detenerse en el evento de recaída y lo que esto entraña, es decir, el significado implícito que esta conlleva, ya que el no verlo sería “no responder a la necesidad selfobjetal secundaria de encontrar respuesta empática respecto de estado afectivo doloroso, que también es frustrado” (Stolorow, 1992, en Sassenfeld, 2013^a) y que por tanto

el afecto doloroso o temible se vuelve traumático cuando no se da por parte del entorno aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para así ser ayudado para ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto [falla de regulación afectiva]. (Stolorow & Atwood, 1992, pp. 99-100, cit. en Sassenfeld, 2013^a).

Es por ello que estas recaídas deben ser consideradas también como símbolos del proceso terapéutico y de la psique del paciente en relación a la terapéutica, así también cómo ello habla del vínculo y en qué momento es el consumo, ya que este revela formas particulares de relación que evidencia en qué momento se instaura esta forma y el para qué. Así, la importancia del tratamiento de las adicciones radica en que la atención del terapeuta no solo esté centrada en que el consumo disminuya controlando los factores de riesgo asociados a sus conductas explícitas, sino además de tener presente lo que emerge en cada relación particular que se establece entre paciente y terapeuta, de esta manera se rompe con la dinámica persecutor-perseguido, pues de esta manera solo se logra que el paciente centre sus motivaciones en la evitación del consumo y con ello se acentúa el mecanismo de disociación de poner la

droga como punto esencial de toda su vida. A consecuencia de esto, no se hace más que evitar hablar sobre lo que realmente trae a sesión al paciente, sus dolores y experiencias que ha intentado evitar contactar durante su vida y que revelan la profundidad del contacto con el mundo y con los otros.

Desde este punto de vista, me parece de vital importancia el poder reflexionar entorno a como se entiende la motivación detrás del consumo de sustancias en los pacientes. Quisiera dar a conocer la concepción que Sassenfeld (2012) destaca del psicoanalista Heinz Kohut respecto al sentido en la aparición de los síntomas:

Para Kohut, muchas conductas sintomáticas pueden entenderse, en el fondo, como actividades que en algún sentido, por precario que sea, apuntan a restaurar al menos temporalmente la cohesión del self al organizar los pedazos psíquicos fragmentados. Por lo tanto, muchos síntomas están motivados por el intento de cohesionar la experiencia que el paciente tiene de sí mismo (p. 84).

Invito al lector a mirar el consumo de drogas no como causa última, sino como un síntoma de otras dificultades más profundas del paciente en relación a la conformación y experiencia de sí mismo, marcadamente definida por su experiencia temprana y actual con el mundo. Desde la perspectiva de Kohut, mirar el síntoma en este sentido aporta a la clínica una forma empática de considerar al paciente con respecto a su queja.

Para finalizar quisiera reflejar a través de Jaenicke (2008):

Stolorow dijo una y otra vez, en efecto, que no, que no se puede sanar -no en el sentido de que el sentido básico de confianza se puede recuperar. Ciertamente, uno puede encontrar un camino de vuelta a la vida y se dice las grietas que sostienen los contenedores quebrados son más fuertes que el molde original, pero la grieta permanece. Este es un punto importante de comprender cuando se tratan pacientes que han sufrido de traumas psicológicos. El clínico tiene que aceptar aquello que se ha destruido. Cualquier intento de emplear equívocos será, en última instancia, experimentado como posible retraumatización. (p. 101. cit. En Sassenfeld, 2013³).

Referencias

- Araneda, M. (2013) Relación terapéutica y el trauma. Seminario teórico-clínico: Trauma relacional, corporalidad y vínculo terapéutico. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Araneda, M.; Guendelman, S.; Sassenfeld, A.; Stutman, A. (2013a) Seminario teórico-clínico: Trauma relacional, corporalidad y vínculo terapéutico. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Araneda, M.; Jorquera, S.; Porre, M.; Sassenfeld, A.; Scott, C. (2013b) Seminario teórico-clínico: El terapeuta en apuros: Cuerpo, acción y enactment. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Coffeng, T. (2008) La terapia de la disociación: Sus fases y sus problemas. En G. Prouty (Ed.), *Emerging developments in Pre-Therapy: a Pre-Therapy reader* (pp. 147-163). Ross-on-Wye: PCCS-books. Traducción: Luis Robles Campos.
- Guendelman, S. (2013) Neurobiología del trauma. Seminario teórico-clínico: Trauma relacional, corporalidad y vínculo terapéutico. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Jung, C. G. (2008) *Aion. Contribución a los simbolismos del sí mismo*. Edit. Paidós: Buenos aires, Argentina.
- Jung, C.G., (1934) Consideraciones generales sobre la teoría de los complejos, en Jung, C.G. (2004), *La dinámica de lo Inconsciente*, Madrid: Trotta, OC 8.
- Kalsched, D. (1998). Afecto, ansiedad y defensa de carácter arquetípico en pacientes que han sufrido traumas tempranos. En A. Casement (Ed.), *Post-Jungians Today: Key Papers in Contemporary Analytical Psychology* (pp. 83-102). London: Routledge.
- López, M. (2014) Algunas Reflexiones en torno a los grupos terapéuticos en el trabajo con pacientes adictos. Paper diplomado en intervenciones grupales. Universidad Católica. Manuscrito inédito.
- Pómes, A. (2010). Complejo de Abuso Sexual: Dinámicas que revelan su Psicopatología y Descubren su psicoterapia. En M. Abalos (Ed.), *Aportes en psicología clínica analítica Junguiana* (pp. 37-82). Volumen III. Santiago de Chile: Universidad Adolfo Ibáñez.
- Sassenfeld, A. (2013a) Comprensión del trauma en la psicoterapia relacional. En Seminario teórico-clínico: Trauma relacional, corporalidad y vínculo terapéutico. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Sassenfeld, A. (2013b) “¿Y ahora quién podrá salvarme?”: Conceptualizaciones relacionales del enactment. En Seminario teórico-clínico: El terapeuta en apuros: Cuerpo, acción y enactment. Centro de estudios en psicoterapia relacional corporal: Santiago, Chile.
- Sassenfeld, A. (2012) Principios Clínicos de la psicoterapia Relacional. Edit. SODEPSI. Santiago, Chile.
- Sassenfeld, A. (2010) Sobre el concepto del yo y las defensas como funciones inconscientes del yo - Encuentros: Revista Latinoamérica de Psicología Analítica. Número 2. Pp. 29 - 50. Santiago de Chile.
- Sassenfeld, A. (2007). El complejo, los orígenes relacionales de la subjetividad y lo inconsciente. En M. Abalos (Ed.), *Aportes en psicología clínica analítica Junguiana* (pp. 25-40). Volumen I. Santiago de Chile: Universidad Adolfo Ibáñez.

Drogedependencia: regulación afectiva frente al trauma relacional temprano

- Stein, M. (2004) El mapa del alma, según Jung. Ediciones Luciérnaga, Barcelona.
- Taracena, M. & Montañez, F. (2006) Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. Revista: Adicciones, Vol.18 Núm. 4 Págs.377-386.: Madrid, España. Obtenido el: 21 de junio de 2014, desde: <http://www.adicciones.es/files/377-386%20de%20Lucas.pdf>

Revista Latinoamérica de Psicología Analítica

ENCUENTROS

Santiago de Chile, Diciembre del 2016.

La Revista Encuentros ofrece un espacio para promover ideas e investigaciones en el ámbito de la Psicología Analítica. La intención es estimular el intercambio académico, científico y cultural entre la comunidad Junguiana de Latinoamérica, así como alentar el diálogo con corrientes o disciplinas afines a la psicología analítica.

La Revista Encuentros es una iniciativa de difusión de la Fundación Chilena de Psicología Analítica. Esta publicación se ofrece de forma gratuita en el sitio web: <http://revista.cgjung.cl>.

Para comunicarse con nosotros escribanos a revista@cgjung.cl



[Reconocimiento 2.0 Chile de Creative Commons.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

ISSN:0718-9133

FUNDACIÓN CHILENA DE PSICOLOGÍA ANALÍTICA

CG JUNG