



Yura: Relaciones internacionales

Departamento de Ciencias Económicas, Administrativas y de Comercio

Revista electrónica ISSN: 1390-938x

N° 39: Julio - septiembre 2024

Adicciones: Una lucha por la supervivencia. pp. 17 - 51

Jorge Israel Acosta Escorcía.

Universidad Humanista Hidalgo.

Pachuca, Hidalgo, México.

adiccion.es@gestaltung.com.mx

Adicciones: Una lucha por la supervivencia.

*Jorge Israel Acosta Escorcia.
Universidad Humanista Hidalgo.*

adiccion.es@gestaltung.com.mx

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad adentrarnos y repensar el mundo de las adicciones, el consumo de sustancias, la embriaguez, los excesos y el enajenamiento más allá de la mirada patológica que hemos construido desde la fabricación social de la locura y desde la concepción de la enfermedad mental. A través de esta reflexión se pretende abordar el tema de las adicciones desde una perspectiva integradora; lo cual implica considerar múltiples enfoques teóricos, incluyendo la teoría del *self* de la terapia Gestalt, la fenomenología de Heidegger y Merleau-Ponty, así como también otros conceptos tales como los ajustes creativos y la neurosis expuestos en el libro fundacional *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Esta integración proporciona una comprensión profunda y rica de cómo la adicción afecta al individuo en su relación con el entorno, su cuerpo y su *self*. Al considerar la adicción no solo como una interrupción del contacto, sino como un ajuste creativo, se reconoce la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno, aunque de una manera que puede ser perjudicial a largo plazo.

Palabras clave

Adicción, Drogas, Gestalt, Terapia, Fenomenología.

Abstract

The purpose of this work is to enter and rethink the world of addictions, substance consumption, drunkenness, excesses and alienation beyond the pathological view that we have constructed from the social fabrication of madness and from the conception of Mental illness. Through this reflection we aim to address the issue of addictions from an integrative perspective, which involves considering multiple theoretical approaches, including the theory of self from Gestalt Therapy, the phenomenology of Heidegger and Merleau-Ponty, as well as other concepts such as the creative adjustments and neurosis exposed in the foundational book *Gestalt Therapy: Excitement and Growth of Human Personality*. This integration provides a deep and rich understanding of how addiction affects the individual in their relationship with the environment, their body and their self. By viewing addiction not just as a disruption of contact, but as a creative adjustment, the individual's ability to adapt to their environment is recognized, albeit in a way that may be detrimental in the long term.

Keywords

Addiction, Drugs, Gestalt, Therapy, Phenomenology.

Nota introductoria.

Las reflexiones que a lo largo de este texto se presentarán a los leyentes, además de ser disertaciones para mirar el fenómeno de las experiencias de adicción desde una perspectiva existencial-fenomenológica, Gestáltica de Campo, son una invitación para abrirse al fenómeno de consumo de sustancias con la intención de ampliar nuestra mirada y llegar a comprender con mayor detalle dichas experiencias, siempre intentando, siempre fallando (Beckett, 1983).

Esto con la implicación de renunciar a la idea rotunda de encontrar dentro de los párrafos aquí expuestos cualquier tipo de remedio chino, solución mágica y/o conjunto de técnicas para curar, aliviar y/o modificar la existencia del paciente, familiar y/o persona cercana que ha elegido el camino del consumo. El presente ensayo no pretende enseñar a curar a nadie, ya que de antemano *per se*, también se exhorta al lector a colocar el concepto de “adicto” en *epoché*, es decir, fuera del estigma de enfermedad para así lograr arrojarse a una actitud de apertura y comprensión del mundo de las adicciones. Como lo describió el llamado filósofo de la angustia Soren Kierkegaard La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia atrás, pero ha de ser vivida mirando hacia delante (Kierkegaard, 1982).

Sin pretender plantear un panorama desalentador para aquellos que tentativamente busquen a través de estas líneas obtener recursos para su práctica profesional a forma de “recetario”, también se expondrá un apartado con algunas reflexiones terapéuticas de intervención fenomenológica en el trabajo con consumidores de sustancias en el área clínica que podrán ser de mucho apoyo para psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales, grupos de rehabilitación y demás involucrados en este mundo.

Por último, cabe señalar que a lo largo del texto se emplearán conceptos como “adicto”, “adicciones”, “drogodependiente”, “drogadicto”, “usuario” y “consumidor” para describir a quienes viven experiencias de adicción y/o consumo de sustancias y, por ende, socialmente han sido catalogados de esa manera. Es de suma importancia dejar en claro que, en su mayoría, son palabras que en lo personal rechazo y prefiero alejar de mi lenguaje cotidiano debido a la connotación marginal y maldiciente de la cual socialmente están cargadas. No obstante, para fines de hacer este trabajo digerible para todos los lectores utilizando conceptos clave y que sean de dominio común, se encontrarán escritas a lo largo de la narración.

De igual manera, el lector podrá encontrarse a lo largo del escrito con la abreviatura “PHG”, misma que emplearemos para hacer referencia al libro fundacional Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana. Mismo en el cual, nos basaremos para desarrollar toda la Teoría del *Self* con respecto a las experiencias de adicción.

1. ¿Cómo es que alguien elige la muerte cuando pudiera elegir la vida?: Una lucha por la supervivencia.

“En la lucha por la supervivencia, la necesidad más relevante se vuelve figura y organiza el comportamiento del individuo hasta que esta necesidad se satisface, después vuelve al segundo plano y cede el sitio a la necesidad más importante en el nuevo ahora”

(Perls et al, 1994, p. 45).

Como se ha mencionado y lo veremos a continuación, siguiendo esta idea central del libro fundacional de la Terapia Gestalt, profundizaremos en las experiencias de adicción pretendiendo acercarnos desde una mirada fenomenológica, es decir, desde aquello que hace a cada experiencia humana única e irreplicable. Por consiguiente, la patología y/o los estigmas que tienden a categorizar estas experiencias dentro de los criterios dicotómicos de salud/enfermedad serán colocados entre paréntesis para así poder adentrarnos en el mundo del consumidor desde el “Cómo lo vive” más allá del “Por qué lo vive”.

Desde esta postura, es preciso invitarnos ahora a mirar la adicción como una posibilidad que, a diferencia de cómo se nos ha vendido, puede ser una forma en como el organismo lucha por ajustarse creativamente al entorno que le resulta amenazante y/o peligroso. Es decir, recibir la posibilidad de ver la adicción como un acto creativo ante un campo que no está siendo fértil ni apto para el desarrollo del individuo y, por ende, este elige seguir consumiendo hasta los grados donde inclusive, puede costarle la vida.

2. De lo intrapsíquico a lo relacional: La adicción vista como “conflicto interno”.

“La locura, cuya voz el Renacimiento ha liberado, y cuya violencia domina, va a ser reducida al silencio por la época clásica, mediante un extraño golpe de fuerza. En el camino de la duda, Descartes encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas de error.”

(Foucault, 1998, p. 36).

Con la instauración del pensamiento Cartesiano a nuestro mundo occidental en el siglo XVI, llegan las miradas dicotómicas y separatistas a establecerse como verdades a nuestra sociedad. A través de su propuesta *Cogito Ergo Sum* (Descartes, 2010), que fue traducido del concepto original en francés *Je pense, donc je suis* incluido en El discurso del Método llega para implementar al mundo de occidente que pensamos, luego existimos. Se instaura el paradigma racional-positivista y, por ende, el cuerpo, las pasiones, las emociones y todo lo que no sea producto del pensamiento organizado y estructurado se le ve como algo indeseable, bajo, primitivo, inmaduro y/o bestialmente despreciable. Desde entonces, el ser humano comienza a convertirse en una máquina.

Incluso hoy podemos ser testigos de cómo es que siglos después de este momento cumbre en el desarrollo del pensamiento humano, la misma psicoterapia se ha aliado con la mecanización, la alienación y la robotización del ser humano a través de ofrecer técnicas, cursos, manuales y talleres de “control de las emociones”, “inteligencia emocional” y/o “administración de las emociones”. Más adelante dedicaremos un capítulo en este ensayo para detallar el impacto de las clínicas de atención a las adicciones y las intervenciones terapéuticas que se suelen manejar con la intencionalidad de “curar” a los adictos y así devolverlos al mundo del trabajo y la funcionalidad.

Como resultado de la priorización del pensamiento, el ser humano queda dividido de su cuerpo. Previamente creía en sus intuiciones, en sus corazonadas, en la sabiduría corporal, en sus sentidos, en lo insólito, en la brujería, en la hechicería, en la magia, de pronto, pasa a convertirse en el ser que tiene que pensar. Dicho de otra manera, toda aquella experiencia humana que no quepa dentro del código moral y socialmente establecido de lo razonable, lo lógico y lo científico, ahora corre el riesgo de ser llamado loco o desajustado, por lo tanto, la medicina y ciencias afines, adquirieron una nueva tarea: desarrollar profesionales aptos para reajustar y redirigir a quienes no fueran tras la línea de pensamiento.

Como se menciona en el PHG: “Freud añade la famosa incorporación de que la mente, como un iceberg, tiene solo una pequeña parte que está en la superficie y que es consciente, pero que tiene sus ocho novenas partes sumergidas o inconscientes. Esta incorporación, al principio, no hizo más que aumentar la dificultad ya que ahora tenemos que relacionar no ya dos cosas, sino tres: Lo mental consciente, lo mental inconsciente y el cuerpo.” (Perls et al, 1994, p. 41).

Dicho en palabras del mismo Freud: “Aquellos que se han resistido a aceptar la existencia de un psiquismo inconsciente, menos podrán admitir la de una conciencia

inconsciente. Pero, además, nos indica el análisis, que los procesos anímicos latentes deducidos, gozan entre sí de una gran independencia, pareciendo no hallarse relacionados ni saber nada unos de otros. Así, pues, habríamos de aceptar no sólo una segunda conciencia, sino toda una serie ilimitada de estados de conciencia, ocultos a nuestra percatación e ignorados unos a otros.” (Freud, 1915, p. 9).

El imponente edificio del psicoanálisis viene a agregar mayor complejidad a la existencia, pues como se menciona, el ser humano ahora pasa a ser una mente, un cuerpo y un inconsciente arrebatado de su entorno. Nos fuimos convirtiendo en ideas, en teorías y alejándonos aún más de nuestra experiencia. Hoy en día, en nuestros tiempos postmodernos, conocemos muchas ideas y teoremas para explicar al ser humano, sin embargo, seguimos ignorando y alejándonos de quien es. En su mayoría, los trabajos y propuestas terapéuticas actuales insisten en ver al adicto como un problema intrapsíquico y/o inconsciente a resolver. Así lo expresa Thomas Szasz: “La postulación freudiana de un tipo de explicación mecánico-causal para los «actos determinados por el inconsciente»— está sustentada por el hecho de que Freud atribuyó un comportamiento «neurótico» a fenómenos como la compulsión de repetición, la actividad permanente del complejo edípico reprimido, las fijaciones infantiles, la fuerza excesiva de los instintos o instintos parciales” (Szasz, 1994, p. 103).

Lo que pretendemos exponer a través de este ejercicio reflexivo es acercarnos a ver el fenómeno de las adicciones como una experiencia de campo. Es decir, no como un problema inconsciente, ni como una enfermedad mental a curar tal como el paradigma intrapsíquico lo plantea, sino como el mejor ajuste creativo que la persona tiene hasta ahora para resolver una situación inacabada y/o asunto inconcluso en una situación particular.

2.1 La adicción como enfermedad: Hacia una mirada relacional.

“Enfermos venéreos, degenerados, disipadores, homosexuales, blasfemos, alquimistas, libertinos: toda una población abigarrada se encuentra de golpe, en la segunda mitad del siglo XVII, rechazada más allá de la línea divisoria, y reclusa en asilos que habían de convertirse, después de uno o dos siglos, en campos cerrados de la locura.” (Foucault, 1998, p. 76).

En el caso de las experiencias de adicción, el precio de estas teorizaciones ha sido que, así como con todas las conductas y comportamientos atípicos, los adictos han sido colocados en los sitios más oscuros y profundamente marginales de nuestra sociedad, ya que, al no vivir

bajo el yugo de lo socialmente establecido y yuxtaponer el consumo de sustancias, se les coloca el estigma de la patología; esto, sumado a la ya antes nombrada perspectiva racional positivista y divisoria de mente/cuerpo/inconsciente que continúa vigente en nuestra época la cual nos lleva a ver que el adicto tiene un conflicto de fuerzas inconscientes, una falla en el cuerpo y/o alguna enfermedad mental por lo cual vive de esa manera. Tal como lo manifiesta la literatura de Alcohólicos Anónimos:

“Si una persona tiene cáncer, todos sienten pena por ella y nadie se enfada ni se siente dolido. Pero no así con el enfermo de alcoholismo, porque con este mal viene la aniquilación de todas las cosas que valen la pena en la vida; involucra a todas aquellas vidas que están relacionadas en alguna forma con la del enfermo.” (A.A., 2008, p. 18).

Incluso podemos escuchar cotidianamente en este tipo de agrupaciones como Alcohólicos y/o Narcóticos Anónimos, centros de rehabilitación, iglesias, grupos religiosos, y en la vida cotidiana, testimonios de personas que hablan ya sea de sí mismas o de algún conocido o familiar refiriéndose a que “Está enfermo de alcoholismo”, “Tiene el demonio de las adicciones”, “Tiene la enfermedad del vicio”. Así como lo expresa Szasz en el Mito de la Enfermedad Mental: “De este modo llegamos a considerar que las fobias, los actos delictivos, el divorcio, el homicidio, la adicción, etc., son —casi sin límite— enfermedades psiquiátricas, lo cual constituye un error enorme y muy costoso. Podría objetarse de inmediato que no se trata de un error.” (Szasz, 1994, p. 31).

Por consiguiente, los adictos, entran en las categorías sociales y la clasificación de aquellos que proyectan una “mala imagen” a la sociedad y, por lo tanto, han de ser castigados, marginados y/o disciplinados debido a la intolerancia que hay al respecto. Dicho por el mismo autor: “¿Acaso no beneficia a los adictos, los homosexuales y los llamados delincuentes el hecho de que se los considere «enfermos»? Dicha reclasificación es beneficiosa, por supuesto, para determinadas personas, pero esto se debe en gran medida a que toda la sociedad, o la gente en general, tolera mal la incertidumbre e insiste en que el «mal comportamiento» debe clasificarse como «pecado» o «enfermedad». Es preciso rechazar esta dicotomía.” (Szasz, 1994, p. 31-32).

Pues incluso los propios consumidores, a pesar de que rechazan que se les vea como enfermos, ellos mismos parece ser que no saben cómo verse a sí mismos de otra manera más que desde los ojos de la patología.

El estigma de lo “no normal” o lo “anormal” es algo que al adicto se le imprimirá en su existencia viéndole como un enfermo, débil, un “inútil” o un “inepto”, que no es capaz de hacerse cargo de su vida. Tal como los conocidos Doce Pasos de recuperación de Alcohólicos Anónimos lo manifiestan: “Hemos bebido para ahogar el temor, la frustración y la depresión. Hemos bebido para escapar de los sentimientos de culpabilidad ocasionados por nuestras pasiones, y luego hemos vuelto a beber para reavivar esas pasiones. Hemos bebido por pura vanagloria para poder disfrutar mejor nuestros descabellados sueños de pompa y poder. No es muy grato contemplar esta perversa enfermedad del alma.” (A.A., 2021, p. 42).

En virtud de esta supuesta enfermedad, podemos escuchar en terapia a muchos padres de familia y/o personas cercanas al adicto en los primeros momentos de expuesta “la enfermedad”, donde trataran de justificarle y le tendrán paciencia buscando explicaciones como “Es alcohólico porque su mamá se murió”, “Es drogadicto porque su papá lo violó”, “Es adicto porque sus papás lo abandonaron”, entre otras teorías que las personas a su rededor construirán tratando de justificar y/o aliviar un poco el impacto del dolor y la vergüenza que les genera ver a su familiar consumiendo. De primer momento esto provocará una sobreprotección del familiar adicto y conflictos entre los padres, abuelos y/o encargados de la crianza, pues entre ellos trataran de culparse para indagar en él porque es que hay un adicto en la familia.

Posteriormente, la familia comenzará a entrar en desespero al ver que este paciente no “endereza” y entonces optarán por un nuevo recurso esperando hallar una solución final. Esto llevará al paciente adicto al médico o a una “evaluación psicológica”. Esto, para que un profesional de la salud mental pueda dar su opinión, su diagnóstico y un plan de tratamiento. Este psicólogo y/o psicoterapeuta, difícilmente tendrá la habilidad, el interés y la sensibilidad para acercarse al paciente adicto, pues también estará cargado de explicaciones teóricas que obtuvo en su universidad donde aprendió a ver a los consumidores como un problema a resolver.

Entonces, lo único que este terapeuta podrá llegar a hacer será únicamente “recetar” más teorías y más explicaciones al paciente y a la familia. Esta tarea la llevará a cabo como ya hemos mencionado anteriormente vendiéndole al adicto su mejor teorización sobre el consumo. El terapeuta buscará dentro de su “recetario terapéutico” sus mejores fórmulas para adoctrinarlo, educarlo y sermonearlo, diciéndole cosas como “Es que tu consumes porque tu autoestima está baja”, “Te drogas porque no tienes amor propio”, “Tienes que aprender a decir que no y a poner límites”, “Tu familia está sufriendo mucho”, “Te hace falta perdonar”, etc. Todo esto con el fin de hacer sentir al paciente culpable, miserable y despreciable a través de

una alta dosis de juicios y microagresiones disfrazadas de “intervención terapéutica” con la finalidad de que deje de ser quien es por temor a que recaiga en el consumo. En palabras de Guillermo Borja: “Algunos terapeutas son moralistas y se la pasan dando órdenes a sus pacientes “esto está mal, y esto está bien, y esto va contra usted y eso va contra su familia.” Pero es un orden basado en sus prejuicios, en el temor al desquiciamiento y al descontrol.” (Borja, 2006, p. 22). Ya sea porque el terapeuta se sienta obligado a hacerlo por la institución en la cual trabaja o debido a que haya tenido experiencias desagradables con algún familiar o cercano adicto, su intencionalidad no será comprender la experiencia de su paciente, será que deje de consumir.

Por otra parte, si el terapeuta no cuenta con un adecuado trabajo personal en terapia, es muy probable que desarrolle una máscara de falsedad, e hipocresía y de supuesto interés por su paciente, cuando en realidad dentro del terapeuta estarán un sinfín de asuntos inconclusos impidiéndole estar con su paciente, mirándolo con desprecio y desarrollando un sarcasmo oscuro en cada intervención, ya que en el fondo, este terapeuta, despreciará a su paciente desde que cruzó la puerta por ser un adicto. Por consiguiente, todas las intervenciones que el terapeuta haga serán con un odio súbito y con la intencionalidad de querer cambiar a su paciente esperando que deje de tomar, de fumar o de drogarse. Como lo diría Guillermo Borja: “Hay terapeutas cuyo miedo se basa en saberlo todo porque traen la bandera de la salud y son responsables de darla. [...] Se pasan la vida dando explicaciones en lugar de reconocer que simplemente no son. No pueden estar callados y aceptar lo que no saben. Como terapeutas tienen la obsesión de dar respuestas a sus pacientes, para evadir sus propias fantasías y no quedar mal.” (Borja, 2006, p. 18).

Más adelante abordaremos un capítulo con mayor profundidad para ampliar sobre la relación terapeuta-paciente en experiencias de adicción.

Por último, cuando las explicaciones de la medicina, las teorías de la psicología y de la mente humana no alcanzan a explicar qué es lo que está sucediéndole al adicto por lo cual no puede dejar de consumir, es entonces cuando el consumidor, la pareja y/o la familia, acudirán en búsqueda de una nueva teoría que les ayude a aliviar el malestar: La religión. En palabras de Szasz: “Por mucho tiempo, los tratamientos para tales enfermedades han sido mágicos o metafóricos, por ejemplo, la oración o el uso de extractos de plantas y animales a los que se atribuían propiedades curativas.” (Szasz, 1987, p. 80).

Incluso, el llamado “Libro grande” de Alcohólicos Anónimos lo describe a través del testimonio narrado por uno de sus fundadores Bill Wilson:

“Allí me ofrecí humildemente a Dios, tal como lo concebía entonces, para que se hiciera en mí su voluntad; me puse incondicionalmente a su cuidado y bajo su dirección. Por primera vez admití que por mí mismo no era nada; que sin Él estaba perdido. Sin ningún temor encaré mis pecados y estuve dispuesto a que mi recién encontrado Amigo me los quitara de raíz. Desde entonces no he vuelto a beber ni una sola copa.” (A.A., 2008, p. 13).

Sin pretender dedicar un apartado a cuestionar la efectividad de los grupos de ayuda mutua, sus métodos y/o resultados, ya que como ya hemos mencionado, nuestra única intención hasta este momento del texto es ilustrar la multiplicidad de miradas y perspectivas que se construyen alrededor de las experiencias de adicción. Pues como se acaba de exponer, hasta ahora los tratamientos terapéuticos vigentes, sostienen una mirada intrapsíquica de que, el adicto es quien tiene algún mal que debe ser curado.

Al ser considerado un enfermo, y cuando las explicaciones teóricas que existen y las técnicas terapéuticas no han dado los resultados esperados para que el paciente deje de consumir, los familiares, conocidos y/o trabajadores de la salud, se encargaran de dar el siguiente paso para que el adicto, se enderece, deje de la sustancia y pueda restablecer una vida “normal” y funcional: el internamiento.

2.2 Las clínicas para adictos.

“La persecución de las brujas se prolongó a lo largo de más de cuatro siglos. La persecución de pacientes mentales se ha prolongado ya durante más de tres y su popularidad sigue en alza.” (Szasz, 2005, p. 16).

La palabra “Clínica” viene del griego *Kliniké* o *Klinik*, que según la Real Academia Española se conoce como: Establecimiento sanitario, generalmente privado, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria. (R.A.E., 2023).

Actualmente las clínicas en occidente son espacios diseñados para la atención de todo tipo de malestares y/o condiciones en los pacientes; en el caso de las clínicas de rehabilitación y/o de desintoxicación para adictos el tema del internamiento es algo más que común, además de que hoy, las clínicas tienen más una función policiaca que curativa. Ya lo decía Foucault en *Vigilar y Castigar* (2003), a los que roban se los encierra; a los que violan se los encierra; a los que matan, también. ¿De dónde viene esta extraña práctica y el curioso proyecto de encerrar para corregir, que traen consigo los Códigos penales de la época moderna?

Nos encontramos en una sociedad paranoide, desconfiada y temerosa donde la gente no confía en nadie ni en nada. Las instituciones y fuentes de soporte empezando por la iglesia han perdido credibilidad y veracidad. El ser humano se encuentra solo, angustiado y extraviado ante su inevitable aniquilación. Las guerras, el narcotráfico, las armas, los suicidios, los homicidios, los abusos sexuales, los robos y asaltos y demás crímenes día con día hacen que nadie pueda bajar la guardia para interesarse por otro ser humano. Nadie está a salvo. Y como es de esperarse, a este fenómeno de alienación, no se escapan los profesionales de la salud mental en las clínicas.

En palabras de Guillermo Borja: “Vivimos en una sociedad enferma. Basta considerar sólo dos síntomas: La insatisfacción y la incapacidad de vivir en paz. Intranquilidad en lo elemental. Todos los valores predisponen a la enfermedad.” (Borja, 2006, p. 13). Por tal motivo, no es sorprendente que, los encargados de “atender” a los adictos en los centros de reinserción y/o rehabilitación, no puedan realizar una labor de alto impacto con los pacientes.

Desde el momento en que el adicto pone un pie en la clínica, ya sea por internamiento forzado o voluntario, toda la organización y la estructura de la clínica se comenzará a movilizar para iniciar con el proceso de hipervigilancia y persecución del paciente. Esto, según sea el caso y el contexto, podrá llegar a los límites de acosarlo con preguntas invasivas, colocarle cámaras para observarlo hasta en el sanitario, privarle del uso o posesión de objetos de valor personal, privarle de la comunicación con el exterior, forzarlo a tomar terapias “por su bien” y/o hacer trabajos pesados y exigentes para que “valore lo que tiene”.

“Tras los delitos de vagancia, está la pereza; ésta es la que hay que combatir. No se logrará nada encerrando a los mendigos en unas prisiones infectas que son más bien cloacas; habrá que obligarlos a trabajar. Utilizarlos es el mejor medio de castigarlos.” (Foucault, 2003, p. 98). Para lograr este cometido, al paciente adicto se le brindaran una serie de condicionamientos o incluso llegara a recibir castigos desde golpes hasta pasar hambre si llega a irrumpir en alguna de las reglas de la institución. Si revisamos la dinámica de estos centros de “salud mental”; entre una cárcel y estas “clínicas”, no encontraremos mayor diferencia. Al adicto se le ve como un criminal y, por ende, merece ser castigado.

Así lo menciona Thomas Szasz en El mito de la enfermedad mental: “Los médicos pueden reaccionar como lo hace la policía ante un falsificador. Esta fue la respuesta habitual antes de la época de Charcot, Bernheim y Liébeault. Se consideraba que la histeria era un intento del paciente de engañar. Era como si este hubiera sido un falsificador que quería pasarle al médico sus billetes falsos. Por consiguiente, este reaccionaba con sentimientos de

ira y deseos de venganza. Por la moneda real —esto es, la enfermedad real— los médicos recompensaban a la gente. Por la moneda falsa —es decir, la enfermedad falsa— la castigaban. Muchos médicos aún se comportan de acuerdo con estas reglas no escritas del Juego Médico Original.” (Szasz, 1994, p. 30).

Al encontrarnos en una época donde los castigos físicos, la tortura y/o la pena de muerte son algo reprobable, nuestra sociedad se las ha ingeniado para continuar satisfaciendo su sed de castigar a aquellos que rompen la norma y viven de maneras atípicas. Lo alarmante de esto no es solo que al paciente se le despoje de su humanidad y de su voluntad; lo más grave es que los psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales y otros encargados de la “rehabilitación” del paciente, no toman conciencia de que han dejado de velar por la salud del paciente para convertirse en policías.

Los terapeutas acusarán a su paciente de no ser “abierto” y/o de no ser “cooperativo” en las sesiones. Lo etiquetarán de ser “desafiante” y de presentarse con actitud indiferente a las terapias o de no “jugar el juego” del terapeuta, en palabras de Szasz: “El rol del médico frente al paciente cuyo diagnóstico debe establecer suele ser similar al de un árbitro experto. El médico tiene la facultad de decidir si el paciente juega o no el juego médico —esto es, el verdadero drama vital de estar enfermo— de acuerdo con las reglas. Si participa en forma honesta en el juego se lo recompensa (es «atendido»); si se descubre que engaña, se lo castiga (es despedido, reprendido, sometido a medidas innecesarias o sádicas, etc.” (Szasz, 1994, p. 31).

Desafortunadamente, los terapeutas no se verán a sí mismos como parte de este Campo/Organismo/Entorno donde esta situación emerge. La mayoría de los profesionales que aborden las experiencias de adicción darán por hecho que el paciente “está en abstinencia”, o “le falta algún medicamento” o “es un paciente grosero”, pues difícilmente, algún terapeuta reflexionará acerca de que su presencia, su *ser-ahí* con el consultante, no permite que la relación fluya ya que el terapeuta siempre se colocará en el rol de someter al paciente bajo su verdad.

Posteriormente, tras varios esfuerzos, manipulaciones y posibles amenazas, lograrán quizá sacarle unas cuantas palabras al usuario, pero el solo lo habrá hecho para deshacerse de la presión de tener todos los ojos de la clínica sobre él. Este paciente habrá aprendido muy bien que más le vale cooperar en su internamiento ya que si no le puede ir peor pagando con alguna tarea desagradable o incrementando su estadía en el centro; sin embargo, su coartada será que aprenderá a dar una doble cara para poder sobrevivir, como ya lo ha hecho antes.

El adicto desarrolla con mayor agilidad algo que ya ha venido practicando desde casa: mentir. Este ha sido su mejor ajuste creativo hasta el momento para poder librarse de quienes durante tantos años le han presionado para que deje las drogas. Y así como ha burlado a sus padres, a sus parejas, a maestros o a la ley, así aprenderá fácilmente a timar a su terapeuta, pues el paciente adicto sabiendo que no es comprendido y que a su terapeuta lo único que le interesa es “educarlo” y adoctrinarlo, sumado a que está siendo vigilado y que la única intención de todos en la clínica es hacerlo cambiar, poco a poco se las ingeniara para irse ganando su pase de salida y pronto recaer.

Citando a Borja: “A veces los pacientes quieren frustrar al terapeuta, decirle que es malo, que el conocedor de la verdad no los puede curar. La idea es frustrar al terapeuta, invalidarlo. Aquí es imposible ayudar al paciente, pues lo que quiere es dejar mal al terapeuta, tal como hizo o quiso hacer con alguno de sus padres.” (Borja, 2006, p. 69).

Los internamientos parten de la idea de que el especialista es el que sabe y el paciente es el ignorante enfermo que está mal. En palabras de Thomas Szasz respecto al Mito de la Enfermedad Mental: “En la psiquiatría institucional, el desacuerdo se resuelve coaccionando al psiquiatra al paciente. Es como la tradicional actitud imperialista o colonialista. Un poder superior dominando cruelmente a uno inferior.” (Szasz, 1987, p. 90).

Este formato quizá pueda ser útil para los internamientos en temas de salud como tumores, quistes, cirugías, quimioterapias, etc. Pues en este tipo de intervenciones, el paciente se coloca absolutamente a merced de los criterios médicos. Si el médico indica que es preciso colocar algún medicamento, así habrá que hacerlo. Así mismo si la indicación es que hay que hacer una cirugía de emergencia; en esos casos, incluso puede ser que ni siquiera se pregunte al paciente, pues el médico sabrá qué es lo más oportuno para salvar su vida. Sin embargo, en los temas de la existencia ¿Podemos atrevernos a decir que el criterio es el mismo? ¿Yo terapeuta me creo con la autoridad para decidir qué es lo mejor en la existencia de mi paciente? ¿Yo terapeuta pudiera afirmar que el internamiento es lo mejor para mi paciente? ¿Estaría yo dispuesto a afirmar con total seguridad que yo sé que es lo que más le conviene a mi paciente hacer con su vida?

El trabajo terapéutico con consumidores requiere el desarrollo de múltiples habilidades terapéuticas que van más allá de un buen diagnóstico, sin embargo, mientras el terapeuta no renuncie a su traje de “policía de la salud mental”, pretendiendo “salvar” al paciente de sí mismo, los encuentros que podrá tener con su consultante podrán ser buenos, pero difícilmente podrá haber una transformación terapéutica real en cada sesión. O como

diría Borja: “El terapeuta tiene que saber mucho de sí mismo, tiene que conocer distintas técnicas. Tiene que aceptar su miedo. El miedo nunca se quita. La cobardía sí. La cobardía es miedo al miedo. Entonces, hay que ir con miedo, pues es una brújula que indica el camino correcto.” (Borja, 2006, p. 69).

3. Consumir para sobrevivir

Como revisaremos a lo largo de este capítulo, las experiencias de adicción son ajustes creativos del consumidor que suelen emerger como expresión de una neurosis obsesiva y repetitiva por dominar y/o controlar una situación angustiante que emerge del campo. Tal como se manifiesta en el PHG: “La supervivencia del neurótico exige que se ponga tenso, que se censure, que gane al analista. Es su necesidad dominante, pero cómo ha olvidado cómo lo hace se ha convertido en una rutina. Sus intenciones de no censurar son tan eficaces como los propósitos de Año Nuevo de un alcoholico.” (Perls et al, 1994, p. 45).

3.1 La neurosis.

Para fines de hacer un análisis más profundo hacia lo que las experiencias de adicción conlleva, abordaremos el capítulo 5, apartado 4 del texto fundacional *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana (PHG)*; donde se expone el aspecto de “La compulsión a repetir”.

Al ser nuestro propósito profundizar en las experiencias de adicción desde una mirada Gestáltica, nos acercamos al fenómeno de las adicciones desde una perspectiva relacional, pretendiendo alejarnos de las posturas intrapsíquicas anteriormente expuestas. A diferencia de lo que hemos planteado en otro momento del texto, comenzaremos a abordar estas experiencias desde la Teoría del *Self* propuesta en el PHG, en la cual iremos esclareciendo con mayor detalle a lo largo de los siguientes capítulos; haciendo énfasis en que, como ya se ha hecho mención, las adicciones y el consumo de sustancias son experiencias que emergen del campo ante una situación inconclusa y que emergen como ajustes creativos para preservar al organismo.

Como lo menciona el texto fundacional: “La compulsión neurótica a la repetición es la señal de que una situación inacabada en el pasado se mantiene inacabada en el presente.” (Perls et al, 1994, p. 86).

Es decir que, desde esta postura, el adicto tiende a consumir de manera compulsiva la sustancia y/o actividad que acostumbra debido a que existe un asunto inconcluso que

demanda ser cerrado. Una necesidad que exige ser cubierta. La cual, puede ser inclusive una manifestación de algo inacabado de años atrás. Como resultado, el adicto tiende a construir esta tensión neurótica conocida socialmente como drogadicción, alcoholismo, dependencia, etc. Descrita en el PHG como: “Cada vez que hay bastante tensión acumulada en el organismo para que la tarea pueda dominar, hay un nuevo intento de encontrar una solución. [...] Pero la diferencia con una situación sana es que, cada vez que se produce una repetición sana, la tarea se acaba, se restaura el equilibrio y el organismo se mantiene o crece asimilando algo nuevo.” (Perls et al, 1994, p. 86-87).

Dicho de otra manera, pese a los constantes intentos del adicto por librarse del asunto y del posible sufrimiento que este le provoca, pasado el tiempo llega a percatarse de que sus múltiples esfuerzos por resolver el problema solo consiguen dejarle exhausto o generarle más problemas y al reincidir en la adicción se encuentra siempre con lo mismo todos los días.

Tal como se expresa en el cuento más corto del mundo, escrito por Augusto Monterroso: Cuando despertó, el dinosaurio todavía estaba allí. (Monterroso, 2019).

Es decir que, aun tras incansables intentos de la persona por resolver su asunto a través de la droga, el alcohol, o la experiencia adictiva que sea, la persona fracasa y sigue desarrollando y acumulando tensiones de tal manera en que el asunto pueda resolverse. Sin embargo, al ser este un asunto que ha quedado por mucho tiempo fuera de la conciencia hace que la persona carezca de la atención y de la energía necesaria para concentrarse en concluir esta tarea. Siguiendo el planteamiento del PHG: “Pero la tensión neurótica no está acabada. Sin embargo, es dominante y debe ser acabada antes que cualquier otra cosa retenga la atención.” (Perls et al, 1994, p. 87).

Desde este ángulo podemos entender la intolerancia a la llamada resaca de los alcohólicos o a la conocida abstinencia de los consumidores de drogas, que, más allá de implicar una etapa indeseable para los consumidores por la falta de sustancia en sí, también se vuelve intolerable debido a que es un momento donde la sustancia abandona el cuerpo, y no les permite distraerse de sus asuntos pendientes que les remiten a experiencias de desagrado, culpa, asco, vergüenza, tal como lo expone uno de los pasajes de los cuentos más famosos del mundo, “El principito”:

¿Qué haces ahí? —preguntó al bebedor que estaba sentado en silencio ante un sinnúmero de botellas vacías y otras tantas botellas llenas. —¡Bebo! —respondió el bebedor con tono lúgubre. —¿Por qué bebes? —volvió a preguntar el principito. —Para olvidar. —¿Para olvidar qué? —inquirió el principito ya compadecido. —Para olvidar que siento vergüenza —confesó el bebedor bajando la cabeza. —¿Vergüenza de qué? —se informó el

principito deseoso de ayudarlo. —¡Vergüenza de beber! —concluyó el bebedor, que se encerró nueva y definitivamente en el silencio.” (Saint-Exupéry, 2001, p. 24).

Con este referente, podemos adentrarnos en cómo es que la adicción entra de manera cíclica a “rescatar” al individuo de una situación que, para el consumidor, sigue sin poder concluir y/o resolver, ya que, en su experiencia, cuando esta situación emergió en el pasado, no contó con los recursos dentro de su campo de posibilidades para poder “destruir” o “asimilar” la situación y, posiblemente en el presente, todavía no lo tenga. Citando al libro fundacional: “Desgraciadamente, la actitud fija, la que ha fracasado antes, obligatoriamente se ha vuelto aún más incapaz en las nuevas circunstancias, de tal manera que la posibilidad de completarse es cada vez más improbable.” (Perls et al, 1994, p. 87).

Es por estas razones que, el adicto, se encuentra “atrapado” en la constante y obsesiva búsqueda por acabar lo inconcluso. Sin embargo, como se ha mencionado, la persona se encuentra fijada en el “ciclo adictivo” que desvía toda su atención por lo cual cada vez se encuentra en menos condiciones para satisfacer la necesidad inacabada. “Es un círculo vicioso: sólo cuando ha habido asimilación, cuando se ha acabado una tarea, es cuando se aprende algo y se está en disposición de abordar una nueva situación.” (Perls et al, 1994, p. 87).

Es decir que, conforme la adicción va impactando y afectando la relación del organismo con su entorno, se va tornando cada vez más difícil para la persona crear nuevos ajustes que le permitan satisfacer la necesidad y/o asunto inconcluso. Ya que la vida del adicto comenzará a minarse de problemas y conflictos de toda índole que lo irán alejando cada vez más y más de la situación emergente, ya que se verá distraído de sus necesidades debido a las afectaciones producto del consumo en su vida familiar, laboral, profesional, económica e interpersonal. Explicado desde el texto fundacional: “Lo que no se consigue acabar, por el contrario, permanece ignorado y fuera de contacto, y de esta forma se hace cada vez más incompleto.” (Perls et al, 1994, p. 87).

Pretendiendo ser más claros, un ejemplo más concreto de un deseo insatisfecho que suele estar inconcluso y que demanda ser atendido en la adultez es el desear ser mimado. Como el mismo texto de Terapia Gestalt lo señala: “El deseo de ser mimado solo conoce como lenguaje y guía la imagen de la madre, y esta imagen coge cada vez más intensidad a medida que el deseo está cada vez más frustrado. Pero la madre no está allí, y cualquier otra persona que pudiera dar las caricias sería *a priori*, decepcionante, o por lo menos, no se busca en esa dirección.” (Perls et al, 1994, p. 87).

Es decir que, cuando surgió esta necesidad o deseo en el allá y entonces, la persona quizá carecía de los recursos necesarios para poder contactar y/o expresar su necesidad para que esta fuera satisfecha. Es aquí cuando entra el elemento adicción a la experiencia, ya que es a través de la sustancia como el organismo logró preservarse y sobrevivir ante una situación que le resultaba amenazante. Todo esto como un “bastón” para inhibir y desensibilizar dándole soporte a una experiencia incompleta. En términos del PHG: “Finalmente, cuando vista la perspectiva no quedan esperanzas y el dolor es demasiado intenso, se intenta inhibir y desensibilizar el complejo por entero.” (Perls et al, 1994, p. 87).

En pocas palabras, aquí es donde pudiéramos atrevernos a sugerir que nace “El adicto”. Al tener que construir un ajuste creativo neurótico y obsesivo que le permita sobrevivir y preservar su organismo inhibiéndose y desensibilizándose repetida y continuamente ante aquella o aquellas necesidades que no podrán ser satisfechas ni acabadas y que, por ende, le generan frustración, dolor y/o angustia al permanecer inconclusas.

Para ilustrar esto podemos mencionar el caso de un niño que por experiencias de violencia y abuso en el hogar decide huir a la calle y logra colocarse a dormir en una cloaca. En esa cloaca se encuentra a otros niños como el que le ofrecen una botellita para que la huelga y duerma tranquilo. El niño ante el pánico de vivir sus primeros días en la calle, además de sentir la necesidad de ser aceptado por sus iguales y no correr peligro la toma y comienza a inhalarla. Al principio el olor se le hace muy fuerte pero después nota que se empieza a sentir relajado y le empieza a dar sueño. El frío también se le quita y el hambre que tenía desaparece cuando empieza a hacerle más efecto el inhalante. Al otro día, al despertar, siente un dolor en sus glúteos, al parecer algo pasó mientras él dormía, puede ser que hayan abusado sexualmente de él; pero ¿Qué más da?, ni cuenta se dio, y además de tan dormido que estaba no sintió nada. Lo único que le interesa es sobrevivir, y por ahora, vivir con esa “nueva familia” de la calle le genera cierta paz y prefiere eso mil veces a seguir viviendo en su antiguo hogar. Al final, este niño ha aprendido que con esa botellita que se pone a respirar, puede cubrir muchas necesidades que, por ahora, a sus 7 años, no tiene forma de obtener. Se encuentra solo en la selva, y es la droga, quien llega a salvarlo, aunque esto le cueste derretirse el cerebro, pues de igual manera ¿A quién le importa este niño? ¿Quién lloraría por su vida si mañana muere? ¿A quién le importa su dolor?

Este ejemplo nos invita a repensar el planteamiento que manifiesta Gabriel Marcel a través de su obra “El Mundo Quebrado” en el acto IV: “¿Tú no tienes la impresión, a veces, de que vivimos... si esto puede llamarse vivir... en un mundo roto? Sí, roto como un reloj. El

resorte no funciona más. En apariencia nada ha cambiado. Todo está en su sitio. Pero si uno se lleva el reloj al oído... no se oye nada. ¿Comprendes?, el mundo, lo que llamamos el mundo, el mundo de los hombres... hace tiempo debía tener un corazón. Pero se diría que ha dejado de latir.” (Marcel G., 1956, p. 14).

¿Cómo no consumir, cómo no alcoholizarse, cómo no drogarse ya sea como único recurso o por mera supervivencia en esta fría y desolada existencia donde el ser se ha quedado sin mundo?

3.2 Dominancia, autorregulación y auto conquista del adicto.

“Lo prioritario es lo que viene primero y nos dedicamos a ello sin descanso. Es bien sabido que ante una urgencia vemos “lo que un hombre es realmente”. (Perls et al, 1994, p. 68).

Como ya hemos expuesto, el adicto, así como en cualquier otra condición humana, va seleccionando y priorizando según sus necesidades aquello que le es urgente y/o necesario satisfacer a cada instante. En el punto de la adicción, la sustancia y/o droga es lo que le permite al organismo satisfacer su necesidad por completo, al menos cubrirla parcialmente. Esto nos permite sugerir que, entre más intenso y más elevado es el grado de consumo, más lejos se encuentra el consumidor de su necesidad primaria y/o asunto inconcluso. Planteado desde el PHG: “Lo más vulnerable o lo más apreciado va a ser lo primero que se defiende [...] Esto es lo que se llama “sabiduría del cuerpo”.” (Perls et al, 1994, p. 69).

Desde esta mirada, comprendemos las experiencias de adicción como una necesidad urgente del adicto de defender algo que para él es valioso y/o como lo planteamos al inicio: sobrevivir. Dicho de otra manera, para el adicto, parece ser imprescindible la sustancia en su vida debido a que, sin esto, desde las experiencias que ha vivido, es como si se viviera expuesto al riesgo de la aniquilación del organismo.

Es entonces cómo ante situaciones de riesgo, emerge la adicción como el soporte ante la angustia. Dicho por el PHG: “Nuestra época es una situación de urgencia crónica de débil intensidad, por lo que nuestros filósofos afirman que la verdad solamente se revela en las situaciones de urgencia aguda.” (Perls et al, 1994, p. 68). Incluso, en el mundo de la poesía existen referencias a estas experiencias desde el siglo XIX tal como lo hace Charles Baudelaire en su obra *Le Spleen* de París: “Hay que estar siempre borracho. Todo consiste en eso: es la única cuestión. Para no sentir la carga horrible del tiempo, que os rompe los

hombros y os inclina hacia el suelo, tenéis que embriagaros sin tregua. Pero ¿de qué? De vino, de poesía o de virtud, de lo que queráis. Pero embriagaos.” (Baudelaire, 1855, p. 63).

Por consiguiente, como una forma de autorregularse por supervivencia ante situaciones de riesgo, el adicto busca sostenerse de la sustancia. Sin embargo, cuando este ajuste comienza a volverse neurótico y/o conflictivo para él, podrá caer en la conocida experiencia de “tocar fondo”, misma que incluso se describe en la literatura de los Doce pasos y las Doce tradiciones: “¿Por qué tanta insistencia en que todo A.A. toque fondo primero? La respuesta es que muy poca gente tratará de practicar sinceramente el programa de A.A. a menos que haya tocado fondo. Porque la práctica de los restantes once Pasos de A.A. supone actitudes y acciones que casi ningún alcohólico que todavía bebe podría siquiera soñar en adoptar.” (A.A., 2021, p.22).

Dicha experiencia hace hincapié al momento en que un consumidor decide dejar la sustancia debido a que ha alcanzado un punto límite de sufrimiento tras el consumo y es entonces cuando elegirá iniciar un programa de rehabilitación y/o desintoxicación.

Partiendo de la mirada Gestalt, enfatizaremos en mirar que, ante esta situación donde el consumo ya no es basto para aliviar la angustia, el paciente en muchos casos elige comenzar el camino de la autoconquista. Pues imaginando que, dicho paciente, tras varios días, meses o quizá años después del consumo desmedido, de pronto se encuentra con la cruda realidad de todo lo que ha perdido y todo lo que ha abandonado por entregarse de lleno a su adicción. Es entonces cuando emerge la culpa y el arrepentimiento que hacen que, el adicto, piense y/o considere en dejar de consumir, aunque sea por un breve periodo de tiempo acudiendo a un “especialista” que le imponga un método para volver a la funcionalidad. Sin embargo, tal como lo expresa el libro fundacional: “Ningún conflicto debería ser disuelto por la psicoterapia [...] La tarea de la psicoterapia es hacerlos conscientes para que puedan alimentarse con un nuevo material ambiental y llegar a una crisis.” (Perls et al, 1994, p. 169).

Sin embargo, el adicto iniciara una lucha por “matar” su adicción de raíz con la idea de que está enfermo y debe de “mejorar” para ser una “persona de bien”, ya que su camino a dejar la sustancia arranca del concepto intrapsíquico de que existe algo dentro de él que debe ser curado y/o modificado para que él pueda obtener la sobriedad y así vivir como la sociedad lo demanda. El paciente iniciará su camino a la rehabilitación con ideas que lo alejarán de su experiencia y serán meras abstracciones sobre su condición. Así como lo dice el libro de Terapia Gestalt: “Las perturbaciones están en el campo. Es cierto que provienen de

“conflictos internos” de los padres y que van a convertirse más tarde en conflictos introyectados en su hijo, cuando él sea independiente.” (Perls et al, 1994, p. 167).

Estas ideas introyectadas por la cultura y por las posturas reparadoras de las adicciones, llevarán al adicto por un extenso y agotador camino de intentos fallidos por reconstruir su vida y de múltiples recaídas acudiendo a grupos de apoyo, terapias alternativas, psicoterapias, medicamentos, religiones, y demás herramientas que logre encontrar a la mano, donde estará dispuesto a aceptar todo tipo de tratos y tratamientos con la finalidad desesperada de hallar una respuesta a su conflicto; conflicto que, el adicto considera que vive dentro de él como si fuera una computadora con virus o un coche con un problema en el motor. Lamentablemente en los tratamientos que acuda, se le reforzará este pensamiento cargado de juicios hacia su adicción llenándolo de más culpa y de más vergüenza a su experiencia lejos de proporcionarle un alivio, basta con leer un par de ejemplos de la literatura clásica de Alcohólicos Anónimos para notar la presencia de este fenómeno en esta perspectiva: “No estamos curados del alcoholismo. Lo que en realidad tenemos es una suspensión diaria de nuestra sentencia, que depende del mantenimiento de nuestra condición espiritual.” (A.A., 2021, p. 85).

“Es verdaderamente horrible admitir que, con una copa en la mano, hemos deformado nuestra mente hasta tener una obsesión por beber tan destructiva que sólo un acto de la Providencia puede librarnos de ella.” (A.A., 2021, p. 19).

Vivimos en una sociedad donde las adicciones suelen ser colocadas bajo una mirada descalificadora y reprobable. Desde que nombramos al consumidor como “El adicto”, “Drogadicto” y/o “Dependiente”, implícitamente ya le colocamos a niveles no reflexivos una camisa de fuerza”. Esto implica socialmente una interminable lucha contra los juicios y la estigmatización junto con la lluvia de agresiones morales y sociales con las cuales se suelen cosificar las experiencias de adicción dentro del margen de lo indeseable y lo deleznable.

Como se ha mencionado a lo largo de este texto, incluso los enfoques terapéuticos y/o clínicos están diseñados para que el adicto abandone su forma de vivir y adopte otra que socialmente sea más funcional según los criterios socialmente aprendidos. Esto, se logra buscando la intencionalidad del terapeuta o del instituto que representa la salud, y como consecuencia se aleja de toda intencionalidad del paciente. Cuando el adicto, se niega a cooperar es cuando se ve violentado institucionalmente y/o forzado a usar el tratamiento a través de los ya mencionados internamientos. Dicho en el PHG: “El terapeuta trata de imponer sus normas de salud al paciente, y cuando no puede hacerlo exclama: ¡Regulate tu solo, maldito! ¡Te estoy explicando lo que es la autorregulación! El paciente intenta

esforzarse, pero no puede hacerlo, y al terapeuta acaba por escapársele entonces el reproche: “¡Estás muerto!”, “¡Es porque no quieres!”, que es dicho en parte como técnica terapéutica, en parte como franca irritación.” (Perls et al, 1994, p. 73).

Desafortunadamente, a pesar de estos esfuerzos, el paciente tenderá al fracaso en su proceso de dejar la droga debido a que estos tratamientos partirán de la idea ya antes mencionada de que, existe algo malvado en el adicto que, debe ser curado o reparado y, por ende, este, no tomará conciencia de su experiencia de campo. Es decir que, se convertirá en un especialista en cargar con culpas de su sistema y de su entorno y de vivirse en la actitud de que, debido a su adicción, él y los demás a su rededor son infelices y por consiguiente, ahora les debe sometimiento y devoción. Así como lo muestra la literatura de los Doce Pasos: “Primero, echamos una mirada a nuestro pasado e intentamos descubrir en donde hicimos algún mal; segundo, hacemos un enérgico esfuerzo para reparar el daño que hemos causado...” (A.A, 2021, p. 75).

Mirando este principio, aun si el paciente se “recupera” y deja de consumir alcohol, drogas y/o sustancias, seguirá igual o más alienado todavía de su experiencia y de su ser. Pues incluso si los tratamientos funcionaron en él y este paciente logró dejar de consumir, habrá sido el resultado de aprender a vivir odiándose, reprochándose y reprimiéndose a sí mismo, además de ahora tener que vivir con una deuda social con su entorno por todos los “daños” que causó. Esto le significara al paciente perder una elevada cantidad de energía de vida, al entregar su existencia, su voluntad y su disposición como moneda de pago ante las irremediables faltas que pudo cometer. Socialmente, su estado de sobriedad será visto como un gran logro para la clínica, el terapeuta y para quienes le rodean. Pero el paciente seguirá lejos de su existencia y más lejos aún de llegar a ser quien es. Dicho en el PHG: “La autoconquista es socialmente valorada como señal de “carácter”. Un hombre de carácter no sucumbe a la debilidad.” (Perls et al, 1994, p. 179).

Este argumento nos acerca a entender un poco más el mundo del adicto, sus intentos por salir del consumo y sus recaídas. Esto debido a que, como ya hemos revisado, los procesos terapéuticos que se ofrecen en la actualidad para el trabajo con adicciones y uso de sustancias se fundamentan en enseñarle al paciente a auto conquistarse, a autoagredirse, a llenarse de culpa y a vivirse como enfermo. Sin embargo, no ofrecen una mirada de las adicciones desde la perspectiva de campo. Como consecuencia, esto solo logra generar un resentimiento y un odio hacia el paciente por parte de su sistema y de sí mismo cada que falla en su meta de alejarse de las adicciones.

En el siguiente capítulo, daremos un giro hacia la mirada de la terapia Gestalt de Campo y su abordaje en las experiencias de adicción con mayor detalle.

4. Adicciones & Teoría del *Self*.

“Existe otra cosa, el self del paciente, y es necesario que el terapeuta lo tome en serio, ya que, volvemos a decirlo, el self es lo único que es verdaderamente accesible para ayudar a alguien más.” (Perls et al, 1994, p. 181).

Hablar de adicciones y Teoría del *Self*, nos invita a reflexionar previamente acerca de estas experiencias desde la fenomenología. Heidegger y Merleau-Ponty ofrecen una comprensión de cómo la adicción altera la percepción del ser y del cuerpo. Heidegger proporciona una lente a través de la cual la adicción puede ser entendida como una forma de inautenticidad. El adicto utiliza la sustancia para evitar enfrentar la angustia existencial y la responsabilidad de ser-en-el-mundo. Este estado de evasión representa una caída en la inautenticidad, donde el individuo está alienado de su verdadero ser.

La adicción puede ser entendida como una forma de inautenticidad, donde el individuo está alienado de su verdadero ser (Heidegger, 1927). Por su parte, Merleau-Ponty sugiere que la adicción altera la percepción y el esquema corporal del individuo. El cuerpo del adicto se convierte en un medio para el consumo de la sustancia, limitando severamente la capacidad del individuo para experimentar y actuar en el mundo de manera plena y rica. La percepción del mundo se reduce a la búsqueda de la droga, restringiendo la riqueza y diversidad de experiencias posibles. El cuerpo del adicto se convierte en un medio para el consumo de la sustancia, limitando severamente la capacidad del individuo para experimentar y actuar en el mundo de manera plena y rica (Merleau-Ponty, 1945).

Por consiguiente, en el siguiente apartado estaremos reflexionando acerca de estas experiencias fenomenológicas de adicción en conjunción con la Teoría del *self* de la Terapia Gestalt de Campo.

4.1 Teoría del *Self*.

“El self es el sistema de contactos en el campo-organismo-entorno; y estos contactos son la experiencia estructurada de la situación presente real.”
(Perls et al, 1994, p. 183).

En la teoría del *self* de la terapia Gestalt, el *self* es entendido como un proceso dinámico y continuo de contacto y retirada con el entorno, organizado en tres funciones principales: el ello, el yo y la personalidad. Estas funciones se interrelacionan para permitir que el individuo responda de manera adaptativa a sus necesidades y al entorno.

En lo que a nuestro tema de disertación refiere, en este capítulo nos propondremos desarrollar una revisión de las tres funciones mencionadas de la Teoría del *Self* de la Terapia Gestalt y una revisión de las 5 interrupciones del contacto planteadas en el PHG con relación a las experiencias de adicción.

4.1.1 Perturbación de la Función Ello.

“El ello es principalmente “inconsciente”; la introspección no nos dice nada de él; se le puede observar en el comportamiento, incluyendo aquí el comportamiento verbal, al que solamente se le otorga una conciencia rudimentaria.” (Perls et al, 1994, p. 199).

La función ello está relacionada con las necesidades y deseos básicos. En el contexto de la adicción, esta función puede verse perturbada debido a una necesidad imperiosa de la sustancia adictiva, que domina otras necesidades básicas y distorsiona el proceso de contacto con el entorno. La adicción puede ser vista como un ajuste creativo para manejar una necesidad abrumadora que no puede ser satisfecha de manera adecuada. El individuo recurre a la sustancia como una forma de aliviar el malestar, aunque esto implique una satisfacción temporal y superficial.

La adicción puede ser entendida como un ajuste creativo para manejar una necesidad abrumadora que no puede ser satisfecha de manera adecuada (Goodman, 1951).

4.1.2 Perturbación de la Función Yo.

“Es el Yo el que surge como estructura central del *self*. Es en un cierto aislamiento cuando se es consciente de uno mismo y no siempre en el contacto con otra cosa.” (Perls et al, 1994, p. 198).

La función yo (*ego*) es crucial para mediar entre el ello y la personalidad, y para interactuar efectivamente con la realidad. La adicción representa una pérdida de la función yo, ya que el individuo pierde la capacidad de regular sus acciones de manera efectiva y

adaptativa. La función yo se debilita, y el individuo ya no puede negociar de manera creativa y flexible con su entorno. La búsqueda compulsiva de la sustancia domina la capacidad de tomar decisiones y actuar en el mejor interés de su bienestar a largo plazo.

La función yo se debilita, y el individuo ya no puede negociar de manera creativa y flexible con su entorno (Goldman, 1939).

4.1.3 Perturbación de la Función Personalidad.

“La personalidad es, por lo tanto, la estructura responsable del *self*.” (Perls et al, 1994, p. 202).

La función personalidad se refiere a los patrones de comportamiento y creencias establecidas que configuran la identidad del individuo. En el caso de la adicción, esta función se ve perturbada, ya que la identidad del individuo se entrelaza con el uso de la sustancia. La adicción se integra en la personalidad, formando parte de los patrones de comportamiento y de la identidad del individuo. Esta integración dificulta la capacidad de cambio, ya que el individuo puede llegar a identificarse profundamente con la adicción.

La adicción se integra en la personalidad, formando parte de los patrones de comportamiento y de la identidad del individuo (Merleau-Ponty, 1945).

4.2 Interrupciones del contacto en el adicto.

“La ansiedad es la interrupción de la excitación creativa. Queremos ahora demostrar que se pueden observar los distintos mecanismos y caracteres del comportamiento neurótico en las etapas de ajuste creativo en donde la excitación se interrumpe.” (Perls et al, 1994, p. 282).

Por último, realizaremos un análisis de las experiencias de adicción y las 5 interrupciones del contacto que marca el libro fundacional de la Terapia Gestalt.

4.2.1 Confluencia.

“La confluencia es la condición de no contacto (no hay frontera del *self*), aunque se sigan produciendo otras interacciones importantes; [...] la distinción entre las confluencias sanas y las confluencias neuróticas consiste en que las primeras están potencialmente sujetas a contacto mientras que las segundas no se pueden contactar ya debido a la represión.” (Perls et al, 1994, p. 286).

En el caso del adicto, su experiencia le impide continuar con nuevos procesos creativos y nutritivos con su entorno debido a que confluye neuróticamente con su entorno.

Tal como lo revisamos anteriormente, sus funciones Ello, Yo y Personalidad se encuentran perturbadas debido al consumo excesivo y, como consecuencia, el *self* se encuentra debilitado, sin energía, interés y/o atención para iniciar una nueva Gestalt.

“Para ilustrar este concepto con mayor precisión colocaremos algunos ejemplos de confluencias neuróticas ilustrados en el PHG: La actitud consiste en impedir que este comportamiento acabado se nos arrebate [...] La mandíbula se fija en un morder-aferrar el pecho con los dientes, aunque podría pasar a otros alimentos, pero no lo hace; o también abrazar férreamente durante la copulación; o también, mantener las relaciones interpersonales en una situación mortal.” (Perls et al, 1994, p. 287).

En las experiencias de adicción podemos identificar esta primera interrupción neurótica del contacto claramente como ese momento de la situación donde el adicto se estaciona en el consumo de manera indeterminada ya que la frontera del *self* con el entorno se encuentra diluida ante la represión y por lo tanto carece de posibilidades para realizar contactos más sanos y nutritivos para su experiencia.

4.2.2 Introyección.

“La interrupción se puede producir durante la excitación, el *self* entonces introyecta, desplaza su propio deseo o apetito potencial por el de algún otro.” (Perls et al, 1994, p. 288).

Esta siguiente interrupción y/o inhibición del contacto nos permite hacer un análisis sobre las experiencias de adicción desde el masoquismo y el sufrimiento autoinfligido.

En las experiencias de adicción es muy común observar como el consumidor obtiene a forma de “premio” final por su noche de excesos el sufrimiento. Ya sea con una borrachera problemática y/o tortuosa o con una resaca que le provoca una larga y terrible fila de arrepenimientos.

Incluso podemos escuchar múltiples dichos populares sobre el consumo y el masoquismo/sufrimiento que enaltecen esta forma de vida, tales como “Suave licor, dulce tormento” o “Bendito alcohol, tú me curas y tú me matas”. Mismos que reflejan los introyectos de nuestra cultura que, según parece, aprende desde sus primeros años el reconocimiento de los comportamientos masoquistas. Tal como lo expresa el PHG: “La satisfacción conseguida con la introyección es el masoquismo. La nausea esta inhibida, la mandíbula se fuerza a abrirse en una sonrisa, la pelvis retraída, la respiración retenida. El comportamiento masoquista es la posibilidad de un ajuste creativo con el entorno en un cierto

contexto, que consiste en infligir a uno mismo sufrimiento con la aprobación de sus falsas identificaciones.” (Perls et al, 1994, p. 289).

En otras palabras, el adicto introyecta las falsas identificaciones de su entorno que le indican que a través del consumo remediara sus problemas, se sentirá mejor o aliviara sus penas. Sin embargo, al encontrarse el *self* debilitado, no toma conciencia del sufrimiento que se provoca a sí mismo al hallarse cada vez más envuelto en el consumo de sustancias esperando y/o recibiendo una aprobación por un comportamiento introyectado.

“Si el individuo no puede identificarse con lo que no es él y alinearlo, según los parámetros de sus propias necesidades, se enfrenta al vacío.” (Perls et al, 1994, p. 289).

Es decir que ante la pérdida de funciones Ello, Yo y Personalidad, el adicto difícilmente podrá discernir entre su necesidad y la introyectada. Lo cual, al provocarle angustia frente al vacío de no poder tener claridad frente a sus necesidades, muy probablemente lo lleve a recaer; pues preferirá tomar “necesidades prestadas”, que sostenerse en la angustia de descubrir y crear propias.

4.2.3 Proyección.

“Cuando se acepta la excitación y se afronta el entorno, se produce la emoción. Si la interrupción se produce en esta etapa, el resultado es una proyección.” (Perls et al, 1994, p. 289).

Continuando con esta interrupción en las experiencias de adicción, nos acercamos a explorar cómo es que el consumidor suele desenvolverse en el entorno muy particularmente proyectando su necesidad de consumo fuera de sí mismo, ya que él, la rechaza casi de manera automática.

Por ejemplo: Un adicto se levanta de su cama y dice que tiene cosas que hacer y que estará muy ocupado el día de hoy. Es lunes por la mañana y dice que es una buena semana para iniciar “limpio” y sin consumir ninguna sustancia. Cuando sale de su casa comienza a sentir la necesidad de consumir, sin embargo, la reprime. Opta por continuar con sus actividades, pero en eso, al ir manejando por su automóvil, se encuentra caminando por la calle a uno de sus mejores amigos que al igual que él, consume drogas. En ese momento siente elegir entre detenerse a saludarlo o alejarse del camino y seguir con su rutina. Opta por la primera opción al detenerse a saludarlo y hacerle un comentario bromeando del tipo “Ya es lunes y no he consumido nada”, sabiendo que su amigo regularmente le ofrece droga. En ese momento, su amigo, le ofrece un “pase” y tras la insistencia el sujeto termina por aceptar. Después de arruinar su día, y su semana intoxicándose, cuando llegue a su casa a discutir con

su esposa dirá, “Te juro que yo no quería, pero me encontré a mi amigo y me invitó un pase”. No tendrá conciencia de que, él tenía la necesidad de consumir y de que, si no hubiera optado por saludar a su amigo, eso no hubiera pasado, Al contrario, proyectará la responsabilidad de esta recaída en el otro.

“El proyectador neurótico, sin embargo, sigue sin identificar como suyo el sentimiento flotante; más bien lo concreta adjudicándose al otro, lo que puede llevarle a errores grotescos o trágicos.” (Perls et al, 1994, p. 290).

Así mismo podemos entender desde este panorama las explicaciones proyectivas que muchos consumidores llegan a dar en los primeros momentos del tratamiento. Tales como “consumo por culpa de”, o “soy alcohólico por culpa de”, etc. Pues existe en el introyecto una incapacidad de recibir la necesidad como propia debido a la moralidad dominante y al temor al castigo presente en las funciones del *self*.

4.2.4 Retroflexión.

“Supongamos ahora que las energías que se están expresando, las de la orientación y la manipulación, están plenamente comprometidas en la situación del entorno, ya sea el amor, la rabia, la compasión, la pena, etc. Pero el individuo no puede hacerles frente, y debe interrumpirlas porque tiene miedo a herir (destruir) o a ser herido. Necesariamente se va a sentir frustrado: entonces las energías comprometidas se van a volver contra los únicos objetos disponibles y seguros en el campo, su personalidad y su propio cuerpo.” (Perls et al, 1994, p. 291).

Con base a este planteamiento, el adicto atenta contra su personalidad y su cuerpo dado que no puede ir hacia el entorno, ya que, este, le resulta amenazante. La persona situada en la retroflexión vive con un miedo constante a herir y/o a ser herido, lo cual, lo coloca en una situación de frustración aislándose del entorno actuando sin comprometerse ni involucrarse con nada. Sin embargo, es solo en su ilusión que logra salir ileso, pues al autoagredirse y al vivir infringiéndose daño, acaba igualmente arrepentido y frustrado.

En los casos de las experiencias de adicción en particular, podemos observar claramente cómo a través de las sobredosis, las congestiones alcohólicas, las intoxicaciones y demás consecuencias provocadas por el exceso en el consumo, se pueden ver desde esta óptica como agresiones mortales al proyecto de la persona. Tal como se expresa en el PHG: “Si es el miedo a destruir lo que ha movilizó su ansiedad, entonces sistemáticamente va a

torturar su cuerpo y a provocar dolencias psicosomáticas. Si está comprometido en un asunto, actúa inconscientemente para que fracase.” (Perls et al, 1994, p. 292).

Por consiguiente, desde esta perspectiva, podemos llegar a ver cómo es que, como principal característica del adicto, es que no logra construir nada, no logra realizar nada y si lo intenta siempre por alguna u otra razón termina fracasando de una u otra manera. A veces de manera de recaídas acaba por abandonar lo construido o a veces de manera de internamientos, accidentes, problemas financieros, problemas de salud, etc. Ya que, para el paciente adicto, la retroflexión le trae como gratificación principal el “no lastimar a los demás”, el poder “sacrificarse por los otros”, ya sea su familia, sus hijos, su pareja, etc. Y, por lo tanto, el adicto experimenta que está haciendo un bien al beberse, fumarse, tomarse y/o inyectarse toda su agresión.

En resumen, el paciente “adicto retroflektor” suele ser una persona temerosa, temerosa de sí misma, que se sujeta de la droga para lograr obtener el triunfo de olvidarse de su existencia, olvidarse de quién es, y así poder seguir autoconquistándose a través de la sustancia.

4.2.5 Egotismo.

“En el plano neurótico, el egotismo es una especie de confluencia con la conciencia (*awareness*) deliberada y un esfuerzo por controlar lo incontrolable y lo sorprendente. El mecanismo para evitar la frustración es la fijación, la abstracción del comportamiento controlado fuera del proceso en curso.” (Perls et al, 1994, p. 293).

Como última fase a revisar de las interrupciones del contacto que el adicto puede llegar a presentar, tenemos el egotismo, que como lo describe el PHG, es un mecanismo que emerge en la situación para evitar la frustración; por ende, su recurso es la fijación.

La fijación, para las experiencias de adicción, nos resulta un punto de comprensión terapéutica clave, ya que, en esencia, la adicción es volver a lo mismo una y otra vez, privándose de la espontaneidad e impidiendo el libre desarrollo de la situación emergente. El adicto logra esto tratando de controlar cualquier novedad que le provoque amenaza o frustración y para eso las sustancias le son un recurso muy útil. Para ilustrar esto, el PHG pone un ejemplo al respecto: “El esfuerzo por mantener la erección e impedir el desarrollo espontáneo del orgasmo. Por este medio, el individuo comprueba su potencia que “puede”, y consigue la satisfacción de su vanidad. Pero lo que está evitando de esta manera, es la confusión, ser abandonado.” (Perls et al, 1994, p. 293). En temas de uso de sustancias, el adicto, ha desarrollado el egotismo a forma de una fijación por consumir para así poder evitar su angustia por todo aquello que le representa espontaneidad ya que teme perder el control.

Por ejemplo; si está con sus amigos, tiene que estar bebiendo alcohol o consumiendo drogas, porque de lo contrario, lo que emergería sería que sería etiquetado como un “marica” o un homosexual y esto haría que surgieran sus asuntos inconclusos de esa índole, como abusos sexuales, violaciones y confusiones sexuales. Entonces elige consumir sustancias para evitar que todo lo pendiente emerja y llenándose de compromisos sociales para estar más y más intoxicado, reduciendo los periodos de sobriedad en la medida de lo posible al grado de quedar alienado y separado de sí mismo.

“El egotista se transforma fácilmente en una “personalidad libre”, bien ajustada, modesta y ayudadora.” (Perls et al, 1994, p. 293). En otras palabras, el “egotista adicto” puede pasar desapercibido como lo que se conoce como un “adicto funcional”, pues desarrollará una personalidad que socialmente se le pudiera ver como amigable y sencilla. Sin embargo, a través de pastillas, drogas y/o alcohol este adicto estará construyendo un mundo aislado de desconfianza, inseguridad, soledad y sufrimiento.

5. Perspectivas terapéuticas en experiencias de adicción.

¿Quién es este hombre? No lo sabemos. Pero no es un "adicto" [...] tenemos la opción de quedarnos con lo que el paciente nos ofrece en este momento, tal como lo expresa, proponiéndonos comprender lo que está frente a nosotros (Arreola, 2015).

Como capítulo final de este trabajo, nos proponemos dedicar este apartado para plantear algunas reflexiones sobre el trabajo en terapia con consumidores de sustancias desde la mirada de campo. Esto con la finalidad de ofrecerle al lector una perspectiva novedosa sobre el trabajo con adicciones desde la mirada relacional. Haciendo hincapié en que los ejemplos, experiencias y/o casos aquí descritos, no son ni buscan ser “recetas de cocina” para hacer terapia, sin embargo, pretenden ampliar el horizonte de posibilidades sobre el trabajo fenomenológico con adictos en clínicas, institutos, hospitales.

5.1 “A todos los terapeutas les doy asco”.

En 2021 inicié a trabajar en una clínica en Estados Unidos para consumidores de sustancias, ante la epidemia de consumo de opioides que problematiza actualmente Norteamérica, en esta clínica se les proporcionaba apoyo médico, terapéutico y farmacológico a quienes estaban interesados en rehabilitarse. Dentro de mis labores como psicólogo y

terapeuta, debía tener sesiones de evaluación psicológica con los consumidores de heroína y fentanilo en desintoxicación que me eran asignados. La mayoría de ellos ya llevaban varias recaídas e incluso varios episodios de internamiento de alto riesgo por sobredosis.

Al recibir los referidos de pacientes, había comentarios que no se dejaban esperar por parte de compañeros, supervisores, directivos. Dónde te comentaban que “tipo de paciente” te esperaba para ver. Como era de esperarse, de los consumidores rara vez se decía algo bueno, al contrario, la mala publicidad corría rápido como “Te va a tocar ver tal paciente. Ten cuidado con el” o “Te asignaron este paciente... pobre de ti”.

Así pues, llegó el día que me tocó ver al paciente que muchas personas me advirtieron “no tenía compromiso con las terapias”. Cabe señalar que tristemente esta es la realidad de muchas clínicas, se cosifica al paciente con base a un historial médico y/o psicológico y con base en eso son tratados y/o maltratados de por vida.

Cuando me dieron el expediente de este paciente antes de recibirlo, note que, en efecto, llevaba ya más de 4 hospitalizaciones por sobredosis, además de que se había contagiado de VIH por compartir jeringas, había estado preso, tenía cargos legales por robo y posesión de armas y actualmente estaba en situación de calle.

Llegaba la hora de la sesión y como habitualmente lo acostumbraba en ese sitio, salí por el paciente a la sala de espera, lo llamé por su nombre y me dirigí junto con él al consultorio. De la recepción al consultorio se le notaba callado y desanimado. Me dio la impresión de que era porque acababa de tener una sobredosis unos días atrás. Como parte del protocolo de la clínica era preciso aplicarle un cuestionario antes de iniciar la sesión. Sin embargo, el paciente comenzó a comportarse evitativo ante las preguntas negándose a responderlas. Diciéndome cosas como “Todo eso ya me lo han preguntado antes” o “No me interesa responder. Lo que quieras saber de mi ve mi expediente”. Poco a poco fui comprendiendo de lo que hablaban todos en la clínica; a este paciente no le interesaba relacionarse con los terapeutas. Sin embargo, no pretendía yo forzarlo en lo más mínimo.

Después de algunos intentos de acercarme preguntándole sobre su recuperación después de la sobredosis y sobre su sentirse en el programa, se rehusó completamente y dejó de intentarlo. Tenía su derecho a no querer relacionarse conmigo. Por consiguiente, solo le menciona al final “pues te voy a hacer una cita de seguimiento porque el programa te exige estar en terapia. Pero si no te sientes cómodo pues ya no vengas, por mí no hay problema”. Él no me dijo nada, solo se levantó y lo acompañé a la salida. Al salir le dije “Por si no nos volvemos a ver, de verdad te deseo lo mejor”. Le di la mano y nos acercamos para darnos un

breve abrazo cordial de despedida. Fue una despedida muy corta y espontánea donde de corazón yo deseaba que él pudiera sentirse mejor con o sin sustancias en su vida.

Pasaron las semanas y el día de la siguiente cita llegó. Debido al historial que este paciente presentaba donde solo asistía a la cita inicial para obtener medicamentos y nunca volvía a aparecer, sinceramente creí que no llegaría. Sin embargo, cuando fui notificado que él ya estaba en la recepción, me sorprendí. Salí por él y lo invité a pasar. De inmediato le comuniqué mi sorpresa... “¡Dijiste que no ibas a venir!”. Es ahí cuando recibí una de las lecciones más fuertes que he tenido hasta la fecha. Me dijo “Regresé porque en los 5 años que llevo viniendo a esta clínica, usted es el único terapeuta que no me ha tenido asco. La vez pasada usted me dio la mano y me dio un abrazo. Usted es diferente. Aquí todos saben que tengo VIH y que me meto manteca (heroína) y yo sé que por eso todos me ven con asco.”

Reflexiones: La clínica cosifica al paciente, pero el personal de la clínica no reflexiona que también sus miradas son neuróticas, cosificadas y rígidas. Este fenómeno lo podemos comprender como una patología de campo con terapeutas egotistas. Eso implica que, el paciente no genera cercanía, no puede construir intimidad terapéutica ni logra concretar una relación terapéutica, debido a que, por muy bien que el terapeuta actúe, su pose profesional no deja de ser solo una apariencia que finge interés por el paciente ya que el entorno no permite la espontaneidad ni la creatividad. Pues lamentablemente, los terapeutas, colocan primero los intereses de las instituciones, y al final las de los pacientes.

5.2 ¿Es usted un pésimo terapeuta!

Hace unos años, recibí un mensaje en una de mis redes sociales de una persona que nunca había visto. Este sujeto decía ser un hombre interesado en terapia en línea, ya que él se encontraba en otro estado de la República Mexicana y yo me encontraba en Hidalgo en ese entonces. Al parecer, me había conocido por alguna de mis participaciones por internet y según decía, quería tomar una sesión lo antes posible conmigo.

Acordamos una sesión a la brevedad y esta persona me empezó a contar su situación donde, a gran escala, él decía que estaba preocupado por su nivel de alcoholismo, ya que estaba tomando todos los días desde años atrás y, se encontraba alarmado debido a que su estado de salud se estaba viendo afectado de manera gradual y que, según los doctores le decían, si él no encontraba un alto a la situación, pronto podía tener complicaciones que lo llevarían a la muerte prematura. Esto, le alarmaba ya que él tenía una hija menor de 10 años y, según él comentaba, tenía la ilusión de verla crecer.

Iniciamos las sesiones donde, durante las primeras dos ocasiones me comentaba su experiencia de vivirse con la etiqueta de un alcohólico, las formas tan creativas que tenía de incluso poder beber en su trabajo sin que lo cacharan y/o inclusive como lograr tapar su ebriedad de tal manera en que nadie en su trabajo se daba cuenta de que todos los días iba con resaca o ebrio. Así también me fue comentando su dinámica familiar y me compartía como su esposa de alguna manera ya estaba “adaptada” a su adicción de forma en que no le reprochaba nada ni le pedía que dejara de beber. Al contrario, le daba su espacio y no lo molestaba cuando él se disponía a iniciar su religioso ritual de bebedor al llegar del trabajo.

Sin embargo, al llegar la tercera sesión, el paciente cambió su actitud radicalmente. De inmediato, lejos de hablar sobre él, empezó a hablar de manera muy confrontativa hacia mí. Sus comentarios iban en tono de reclamo y molestia expresando cosas como “A ver, dime que es lo que tengo que hacer para dejar de tomar porque si no nada más estoy tirando mi dinero contigo”, “Vine contigo porque es tu especialidad, pero no me dices nada para que se me quiten las ganas de tomar” etc.

Tras la molestia del paciente y sus reclamos, yo también me molesté y le dije “Pues a ti es al que le importa más el alcohol que su propia hija, si realmente quisieras a tu hija ya hubieras parado de tomar. Ese no es asunto mío”.

El paciente guardó silencio unos instantes hasta que este se empezó a tornar por demás incómodo mientras su respiración se iba agitando y su rostro lucía más furioso. De pronto, tras escuchar mis palabras y estallando de rabia a través de la pantalla de Zoom, me dijo: “Vete al carajo, eres el peor terapeuta que he tenido. ¡Cómo te atreves a decirme eso!

En ese momento, tras los continuos reclamos y expresiones de descalificación a mi persona, sin darle mayor explicación, cerré la sala de videoconferencia de inmediato.

El paciente quería “dejar de tirar su dinero” ... pues se lo concedió de inmediato con esa intervención. Sin embargo, el precio en ese momento fue soportar su verdad. Pasaron varias semanas y no volví a saber de ese paciente. Hasta que un día, no muy tardado, me escribió un mensaje que, en resumen, decía algo como “Lamento haberte ofendido y haberme alterado. Pero pasaron los días y aunque me moleste tengo que aceptar que tienes razón en lo que me dijiste. Solo quería compartirte que llevo desde nuestra última sesión sin tomar. Te agradezco que hayas sido sincero conmigo.”

Reflexiones: Al paciente nunca se le indicó que dejara de tomar. Incluso aunque él, en el momento más crítico del proceso terapéutico lo exigió, no cedió ante sus intentos de manipulación. Esto cabe destacar porque, en ocasiones, los terapeutas muerden fácilmente el anzuelo de que ellos van a salvar a su paciente con las mejores técnicas o herramientas

terapéuticas disponibles, sobre todo, en experiencias de adicción. Este paciente, llega en proyección, y con esa intervención se le invita a que se apropie de lo que está eligiendo pero que proyecta en el terapeuta. Evidentemente, al exponerse el asunto, el paciente entra en angustia y cae en crisis. Por ende, acusa y ofende al terapeuta. Sin embargo, como podemos ver al final, pasado el tiempo lo integra y se apropia de su experiencia eligiendo dejar de consumir por él mismo. Sin necesidad de técnicas teatrales, sillas vacías, regresiones, hipnosis, ni retiros espirituales.

5.1 ¡Háblame como un hombre, carajo!

En otra ocasión trabajando con adictos en Estados Unidos, me fue asignado un caso de un hombre que consumía alcohol todos los días y se encontraba en situación de calle. Sin embargo, debido al programa de rehabilitación en el que se encontraba, llevaba 1 mes sin consumir ni una gota. Las primeras sesiones me platicó sobre su vida antes de vivir en la calle, de cuando estuvo casado y de los problemas que en ese entonces tenía con sus hijos por su forma de beber. Pero, sobre todo, comentaba sobre los conflictos con su padre que, desde niño, aún a pesar de los años, lo atormentaban todos los días.

Sin mayor preámbulo, continuamos dialogando durante aproximadamente 4 sesiones hasta que vino la recaída: Ese hombre tranquilo y pacífico que había venido a las primeras 4 sesiones, de pronto cruzó la puerta apestando a perfume, con gafas oscuras y vestido como si fuera a ir a un banquete. Sin duda el alcohol lo había transformado. Lo que de inmediato pensé fue “¿si está ebrio que hace aquí?... pudo haber cancelado la cita y ya”, sin embargo, me dio la impresión de que si había elegido venir era por alguna razón en particular que yo no entendía aún.

Al sentarse en el consultorio se quitó las gafas y ahí fue cuando confirmó que, en efecto, había estado tomando. Tenía los ojos rojos como si no hubiera dormido en días y cuando me los mostró me dijo “Me corrieron del programa porque me encontraron alcohol y ahora estoy viviendo con un amigo en su *storage* (bodega). No sé qué hacer.” En ese momento, yo, al sentirme desconcertado al verlo triste, ebrio, llorando tan sentida y espontáneamente, empecé a tratar de explorar su experiencia como pude, sin embargo, hubo algo que ante la situación no me percate: mi forma de hablarle.

Fue tanta mi angustia de “no cometer errores” que, casi sin darme cuenta asumí el rol de “terapeuta apapachador” y comencé a bajar mi tono de voz erróneamente esperando calmarlo.

Tras un par de palabras el azotó la mano en la mesa de mi escritorio y me dijo “¡No me hables como niño, háblame como un hombre, carajo!, ¡Trátenme como un hombre, carajo!”

En ese momento, al sentir su rabia azotando con los golpes en el escritorio, pude entender un poco mejor lo que pasaba. Los terapeutas, los psicólogos, trabajadores sociales, etc., no lo respetaban, lo veían como un niño al que había que educar y reformar, y el paciente estaba harto de eso. De la misma manera en que estaba harto en cómo era que su padre lo veía como un inútil toda su vida, y sus hijos, pareja y familia también lo veían, le hablaban y lo trataban como un bueno para nada. En ese momento entendí, porque elegía el alcohol, porque elegía la calle.

Reflexiones: Yo no puedo curar a mi paciente, pero si puedo estar con él. En el caso de este paciente, quizá nunca sabré a ciencia cierta a qué vino aquella ocasión. Sin embargo, basándome en su respuesta y en su reclamo, puedo deducir que quizá eso era lo que en ese momento le era nutritivo de la relación: poder relacionarse con alguien que lo trata como un adulto y lo respeta viva como viva.

Desde la teoría del *self*, podemos sugerir que el paciente se encuentra con perturbaciones en la función Yo y función Personalidad, esto, debido a que la sustancia domina sus posibilidades creativas y al vivirse enojado con el mundo por tratarlo como un niño, también se encuentra en retroflexión, anulándose y auto agrediendo por medio del uso excesivo y diario del alcohol para eliminar esa rabia no expresada hacia el mundo.

Referencias bibliográficas:

- Alcoholics Anonymous. (2013). *Big Book*. Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
<https://www.aa.org/the-big-book>
- Alcoholics Anonymous. (2021). *Twelve Steps and Twelve Traditions*. Alcoholics Anonymous World Services, Inc. <https://www.aa.org/twelve-steps-twelve-traditions>
- Arreola, R. (2015). *Fenomenología de las pasiones insólitas de la existencia*. *Revista Vinculando*, 13(1).
https://vinculando.org/psicologia_psicoterapia/fenomenologia-de-las-pasiones-insolitas-de-la-existencia.html
- Baudelaire, C. (1855). *Le Spleen de Paris*. Feedbooks.
- Beckett, S. (1983). *Worstward Ho*. Grove Press Inc.
- Borja, G. (2006). *La locura lo cura*. Editorial Cuatro Vientos.
- Descartes, R. (2010). *El Discurso del Método*. FGS.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y Castigar*. Siglo Veintiuno Editores.
- Freud, S. (1915). *Lo Inconsciente*. Edición Electrónica de Escuela de Filosofía Universidad de ARCIS.
- Goldman, K. (1939). *Human Nature in the Light of Psychopathology*. Academic Press.
- Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo*. Fondo de Cultura Económica.
- Kierkegaard, S. (1982). *El Concepto de la Angustia*. Selecciones Austral.
- Marcel, G. (1956). *Le Monde Cassé*. Losange.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Fondo de Cultura Económica.
- Monterroso, A. (1959). *El Dinosaurio*. Navona Editorial.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. CTP.
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española (23ª ed.)*.
- Saint-Exupéry, A. (2001). *El Principito*. Pehuén Editores.
- Szasz, T. (1987). *Herejías*. Premia editora.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la Enfermedad Mental*. Amorrortu Editores.
- Szasz, T. (2005). *La Fabricación de la Locura*. Editorial Kairós.