

## I Capítulo 8

### **Factores sociorreligiosos en la rehabilitación de pacientes alcohólicos y terapias de grupo**

#### **Presentación de la problemática**

El presente capítulo se enmarca en el contexto del abordaje multidisciplinario y científico del tratamiento del alcoholismo como problemática social y humana que se realiza en este libro. El tema que desarrollaremos resulta harto complejo cuando se intenta considerarlo desde un punto de vista estrictamente científico y convencional. Es muy difícil encontrar un tratado de psiquiatría o, más concretamente, sobre la toxicomanía alcohólica, que aborde el tratamiento de ésta desde el punto de vista de los aspectos socio-dinámicos y sociorreligiosos. Intentaremos, pues, con la mayor honestidad posible, explicar el enfoque psicoterapéutico de los pacientes alcohólicos, “prestando especial atención a los factores anímicos, pneumáticos y espirituales que pueden estar implicados.

Todos los momentos y aspectos diversos en el devenir terapéutico de un paciente con una toxicomanía alcohólica son importantes pero, sin duda, algunas actuaciones terapéuticas resultan de mayor trascendencia que otras. Éste es el caso de las medidas socioterapéuticas, que intentan incidir sobre el paciente con la finalidad de favorecer y canalizar su rehabilitación plena. Está fuera de toda duda o cuestionamiento científico el hecho irrefutable de que la psicoterapia de grupo, en sus diversas modalidades, es el mejor método de tratamiento conocido de que disponemos para abordar la rehabilitación de los enfermos alcohólicos.

#### **Aspectos relacionados con la etiopatogenia y el tratamiento**

Antes de describir los diversos grupos socioterapéuticos y psicoterapéuticos en los que el paciente alcohólico puede encontrar ayuda para su recuperación y homeostasis psicoemocional, nos parece oportuno mencionar algunas cuestiones relacionadas con los aspectos etiopatogénicos del alcoholismo.

Para realizar un análisis pluridimensional de la profunda problemática toxicomanígena que tiene planteada la humanidad y, concretamente, la sociedad actual, es necesario, antes de tratar aspectos de carácter sociodinámico,

presentar algunos datos estadísticos que, por sí mismos, constituyen una revelación al respecto.

A escala mundial existe, aproximadamente, el siguiente número de toxicómanos, especificados por drogas de las que dependen de forma preferente:

-300.000.000 masticadores de nueces de cola, de coca, de cat y betel.

-300.000.000 fumadores de *Cannabis sativa*.

-50.000.000 - 60.000.000 alcohólicos.

-400.000.000 toxicómanos de opiáceos (morfina, heroína, metadona, etc.).

Además, es necesario considerar las denominadas *toxicomanías menores* (café, té, tabaco, etc.), que cuentan con un número incalculable de millones de consumidores. Asimismo, habría que tener en cuenta las *toxicomanías yatrogénicas y farmacológicas* (tranquilizantes, euforizantes, antidepresivos, etc.).

Considerando que el mundo cuenta con una población aproximada de más de 6000 millones de habitantes, y a la luz de los datos expuestos, podemos afirmar que *uno de cada cuatro seres humanos tiene problemas con las drogas y recurre a su consumo por diversas motivaciones.*

Ahora bien, si esto es así, es necesario preguntarse qué les ocurre a los seres humanos para que se den estas circunstancias. ¿Pueden los condicionantes peristáticos de tipo social, económico o político, por mucha capacidad de motivación que tengan, ser suficientemente poderosos para, a partir de su influencia, ofrecer una explicación satisfactoria del fenómeno toxicomanígeno? Creemos que no; pensamos que, para comprender la problemática toxicomanígena, es necesario recurrir a los estudios que ponen de manifiesto las realidades intrapsíquicas de las personas y, sobre todo, los contenidos inconscientes que conforman la conducta humana.

**Debemos señalar que todos los aspectos relacionados con los factores socioreligiosos que se tratan a continuación, que pueden intervenir como elementos determinantes en la rehabilitación de pacientes alcohólicos, se considerarán en el marco de la cultura occidental desde un punto de vista teológico, cristiano y bíblico.**

## **Factores sociobiológicos conscientes e inconscientes del alcoholismo**

A la vista de los conceptos expuestos, el abordaje del estudio de las motivaciones que inducen al hombre a la ingestión y posterior dependencia de drogas, se complica: *tendríamos que preguntarnos desde cuándo el hombre*

es *toxicómano* y por qué. El asunto es de tal trascendencia que pretender dogmatizar sería utópico e ilusorio por nuestra parte. No obstante, el estudio de la drogadicción en la humanidad nos lleva al estudio del no menos apasionante tema de las motivaciones que determinan la conducta humana. Hace ya miles de años, el profeta Job y el mismo Rey David se preguntaban: «¿Qué es el hombre?» (Job 7:17 y Salmo 8:4.) La traducción más literal de este texto (versión moderna de la Biblia), dice: «¿Qué es el *débil* hombre?», lo cual añade a la cuestión ontológica un ingrediente estructural y antropológico importante. La debilidad del hombre haría referencia, aquí, a aspectos que afectan su integridad psicosomática o psicobiológica. Los estudios de la naturaleza humana y de la conducta de los seres humanos, a la luz de los descubrimientos psicoanalíticos, tienen mucho que enseñarnos en este sentido.

Haciendo una síntesis de las teorías que se ocupan del estudio de la conducta del hombre (y que, por consiguiente, son válidas también para la conducta alcohólica), podríamos reducirlas a las tres más importantes:

1. Teorías somatogénéticas.
2. Teorías sociogénéticas.
3. Teorías psicogénéticas.

Las *teorías somatogénéticas* presuponen situaciones endógenas y constitucionales, es decir, ingredientes disbiológicos congénitos o adquiridos, que impulsan al hombre *irremediabilmente* a una toxicomanía (personalidades pretoxicomanígenas, prealcohólicas, alcoholofílicas, etc.).

Otros explican la ingestión de drogas (alcohol), y las toxicomanías derivadas de ellas, por la influencia de factores peristáticos sobre el individuo; es la *teoría de los condicionamientos sociogénéticos*. Con respecto a las drogas, que se encuentran en la perístasis del hombre (primordialmente el alcohol en el mundo occidental), decía Ludwig Lewin: “Con la sola excepción de los alimentos, no existen en la tierra sustancias que estén íntimamente asociadas a la vida de los pueblos, en todos los países y en todos los tiempos, como las drogas”.

El famoso psicólogo americano, profesor de la Universidad de Harvard, B. F. Skinner, dijo: “El hombre mismo puede ejercer control sobre el ambiente, pero se trata de un ambiente que, en su casi totalidad, ha sido fabricado por él. El ambiente social, resulta obvio, es creación del hombre, ese ambiente genera el lenguaje, las costumbres y la conducta que exhibe en relación con las instituciones éticas, religiosas, gubernamentales, económicas, educativas y psicoterapéuticas que lo controlan a él”. Este autor es am-

bientalista en cuanto a la conducta del hombre y manifiesta, como ya observó Craul Briston, que lo que se necesita es "un programa para cambiar las cosas y no para convertir a las personas". En este sentido, decía Hilbert Seldes: "El ambiente produce el carácter, y ese ambiente queda bajo control humano". Es necesario aclarar que, admitiendo los condicionamientos peristáticos y sociogenéticos en la génesis de las diversas toxicomanías y de manera muy clara y determinante en la etiopatogenia del alcoholismo, no podemos estar de acuerdo con la interpretación hermenéutica que del conocimiento de tales factores se deriva en los autores de ideología ambientalista y fundamentación doctrinal conductista. Por el contrario, como esbozaremos más adelante, consideramos que si es verdad, como dice Skinner, que el ambiente social es una creación del hombre, para que este ambiente pueda ser transformado, es necesario e imprescindible que el hombre sea cambiado primero en la esfera de su intimidad, lo cual traducido en términos existenciales y teológicos, supondría el devenir de una conversión en su experiencia vivida.

Las teorías psicogenéticas consideran que la conducta del hombre es motivada por estímulos que proceden, exclusivamente, de la esfera de la intimidad) y que se generan a nivel inconsciente. En ese sentido se orienta la denominada *teoría de la frustración*, que intenta explicar la ingestión de drogas (fundamentalmente la del alcohol etílico) y la dependencia de ellas a partir de sentimientos de frustración emergentes de la intimidad intrapsíquica. Impulsos de naturaleza psicosexual, normalmente reprimidos (incesto, homosexualidad, lesbianismo, exhibicionismo, desnudismo, sadismo y bestialidad) emergerían, desde el inconsciente, e invadiendo el campo de la conciencia, por la acción desinhibidora y catártica (anulación de la conciencia moral o censura superyoica) debida a la actuación de las drogas (de sus principios activos), inhibiendo la corteza cerebral y favoreciendo la liberación de estructuras encefálicas más profundas (cerebro medio, región hipotalámica, cerebro emocional, etc.). Si resulta factible la explicación del consumo de sustancias estupefacientes por la teoría de la frustración, en el caso concreto de la toxicomanía alcohólica, la aplicación de dicha teoría, como etiopatogénicamente satisfactoria, parece bien demostrada.

Desde el punto de vista psicogenético y psicodinámico, se estudian las motivaciones, tanto conscientes como inconscientes, que conducen al individuo al consumo de bebidas alcohólicas. Entre las primeras se encuentran las frustraciones, la evasión de la realidad, el deseo de establecerse en los denominados "paraísos artificiales", etc., que en la Biblia se reflejan de forma explícita, en los libros de Eclesiastés (2:3) y El Cantar de los Cantares (1:2-4). A nivel inconsciente también se devienen motivaciones para la ingestión de bebidas alcohólicas, que guardan relación con determinadas tendencias ins-

tintivas, correspondientes a los denominados instintos sexuales componentes: *exhibicionismo, homosexualidad, incesto*.

También la Biblia corrobora los descubrimientos realizados en el campo de la investigación psicoanalítica del alcoholismo (Gén. 9:18-21, 22, 23, 27 y 19:30-35). Estas tendencias instintivas suponen otros tantos contenidos del inconsciente individual y, normalmente, se encuentran reprimidas, es decir, fuera del campo de la conciencia. El alcohol etílico actúa sobre las estructuras encefálicas de la persona y, de forma más concreta, sobre la corteza cerebral. La actuación del alcohol sobre la corteza produce sedación del SNC, con lo que la vigilancia y el control que las neuronas corticales ejercen sobre el denominado cerebro medio o cerebro emocional (zona hipotalámica) queda sensiblemente menoscabada. El cerebro emocional adquiere autonomía por el fenómeno de la «liberación neurológica». La corteza cerebral guarda una relación estrecha con la conciencia del individuo (Yo consciente) y el cerebro medio o emocional la mantiene con el inconsciente. La liberación hipotalámica «abre la puerta» del inconsciente, al desaparecer la «censura» y oica ejercida por los niveles corticales superiores, con lo que los contenidos sexuales reprimidos (exhibicionismo, incesto, homosexualidad) invaden el campo de la conciencia y se realizan en hechos concretos.

La teoría psicogenética constituye una seria aportación a la investigación y a la interpretación de la problemática alcohólica, y es necesario tenerla en cuenta al analizar esta realidad toxicomanígena. También en este punto la Revelación Bíblica aporta importantes conocimientos, enseñándonos aspectos interesantísimos de la realidad inconsciente del psiquismo humano (Sal. 139:23-24, Jer. 17:9; Mar. 7:20-23; Efe. 5:18; Rom. 7:15-23).

Es evidente que la humanidad «vivencia» el sentimiento de frustración de forma universalizada. Fundamentalmente, para su realización, el ser humano demanda, desde la esfera de la intimidad, la satisfacción y gratificación de unos deseos, que el medio en que vive (el modelo de sociedad en que está inmerso) no puede satisfacer. Sentimientos tan importantes como el de *transcender*, el de libertad, el de felicidad, no pueden *realizarse* en el seno de una sociedad que se materializa de forma progresiva. La *frustración* pone en marcha unos mecanismos de compensación psicopatológicos, entre los que se encuentra «la huida de la realidad» mediante la ingestión de drogas, buscando, quizás, atávicamente, el «paraíso perdido», mediante la vivencia de experiencias devenidas en los «paraísos artificiales».

**Existe una circunstancia común a todas las drogas: la capacidad que tienen para modificar el estado de conciencia.** Podría decirse que el toxicómano siente la necesidad imperiosa de recurrir a las drogas para obtener una *modificación de la personalidad vivida*. El toxicómano se «vivencia» a sí

mismo, vive su frustración, su timidez, su impotencia y su angustia existencial, y a través de la ingestión de drogas intenta cambiar su personalidad y la percepción de la realidad que lo rodea; no lo consigue, y lo único que logra es *abrir las puertas* de compartimientos inconscientes que, normalmente, están cerradas por la «represión»; de esta forma se desinhiben y, al modificarse el estado de conciencia, desequilibra su actitud y no controla sus actuaciones.

Como la ingestión de drogas (y en particular la del alcohol) modifica el estado de conciencia, bajo sus efectos se alteran las capacidades perceptivas del hombre, una realidad que en estado de conciencia «normal» resultaba frustrante y rechazable, se transforma, ahora, en otra realidad más gratificadora.

Como conclusión de todos los conceptos expuestos, hemos de llegar a la convicción de que las motivaciones que inducen al consumo de drogas (y, en el caso que nos ocupa, del alcohol) son complejas y guardan entre sí una interrelación dinámica.

Por un lado se encuentran las motivaciones intrapsíquicas, conscientes e inconscientes, que impulsan al ser humano a realizarse conforme al principio del placer, para eludir el principio de la realidad. Consideramos que especialmente las motivaciones inconscientes tienen enorme importancia, sobre todo, cuando el individuo deviene su experiencia en un medio y con un entorno que lo inducen a la ingestión de bebidas alcohólicas de una manera constante y reiterativa. En este sentido, las superestructuras de los niveles sociopolíticos de un país tienen una enorme responsabilidad en el hecho toxicomanígeno que se da en él.

A pesar de que las toxicomanías presentan una fenomenología psicológica, psicopatológica y en algunos casos neurológica y orgánica, la problemática que nos revelan no es, en su esencia prístina y en la realidad social del "aquí y ahora" de un país, un problema psicológico, médico o psicopatológico *per se*, sino, en definitiva, un *problema socioeconómico, político y existencial*.

## Solución integral

Por lo tanto la *solución integral de la problemática toxicomanígena alcohólica* de un país, como el nuestro, no reside en la creación de centros especiales para la rehabilitación de toxicómanos alcohólicos, ni en la adopción de medidas preventivas, desde el punto de vista médico, psicológico o cultural, sino en establecer un *modelo* de sociedad distinto, que ofrezca a los problemas de frustración que sufren los ciudadanos una alternativa, con contenidos gratificadores no alienantes, y unas vías de realización de la personalidad integradoras.

Este modelo de sociedad implica, inevitablemente, una *educación* (en lo que al alcohol, a otras drogas y a sus efectos se refiere) *de las masas* a largo plazo y a sus distintos niveles (infantil, adolescente y adulto), que permitiera que se fuese formando una verdadera conciencia de la problemática toxicomanígena. También serían necesarias actuaciones concretas en la legislación referente a las drogas (fabricación, tenencia, tráfico y consumo), así como en relación con las medidas represivas, por parte de los agentes del Estado; pero de manera preferente supondría *una oferta espiritual integradora y liberadora de las demandas del corazón del hombre* que, procediendo de los estratos más profundos de su ser, invaden el campo de su conciencia y requieren su realización (Ecl. 3:11 y 2ª Tim. 1:9-10).

Desde el punto de vista de las motivaciones intrapsíquicas más profundas que dimanan de la esfera de la intimidad de los seres humanos, las drogas se contemplan como un conjunto de sustancias que pretenden ser una respuesta alternativa a los deseos de realización contenidos en dichas motivaciones. La realización del hombre se manifiesta en distintos ámbitos dependiendo de los contenidos de la infraestructura que la conforman.

En múltiples ocasiones, la pretendida «realización toxicomanígena» no pasa de ser más que una evasión de la realidad o el mero hedonismo, como expresión viva de la más acendrada filosofía materialista.

A menudo el consumo de sustancias que alteran la mente responde a la necesidad, inconsciente, de gratificaciones de naturaleza tanática (instinto y pulsiones de muerte), pero en otras circunstancias, la ingestión de drogas está al servicio de conseguir *una realización de carácter trascendente, es decir, una realización que se deviene en la esfera de las vivencias místico-religiosas (realización existencial o pneumática)*.

La realización de las personas se enmarca en el contexto del desarrollo de la personalidad de los individuos. En este desarrollo, intervienen tres instituciones básicas, a saber:

La *familia*: satisfacción de demandas afectivas.

La *escuela*: satisfacción de demandas culturales.

La *Iglesia*: satisfacción de demandas espirituales o pneumáticas.

Estas instituciones han sido «instrumentalizadas» por el Estado, en el sentido de que son ideologizadas para que formen a sus miembros de manera que el funcionamiento de éstos sirva a los intereses de las superestructuras sociopolíticas dominantes. Como consecuencia, la acción de las denominadas «instituciones básicas» ha servido para favorecer la *alienación* de los individuos. Al fallar de manera significativa, instituciones tan primordiales en el proceso de personificación y pneumatización del hombre (de forma más

notable, en la sociedad occidental), éste ha optado por conseguir su realización, antropológica e incluso metafísica, mediante la *alteración de su percepción de la realidad circundante y de sí mismo, a través de la ingestión de sustancias psicoactivas*, con las cuales consigue una modificación de su conciencia (conciencia del Yo). De esta manera, se «vivencia» a sí mismo, y a la realidad en la que se encuentra inmerso, de forma más gratificante que la que le ofrece la vida real; se crean así los denominados «paraísos artificiales», donde el ser humano experimentará «la caída» que le conducirá a una auto-destrucción progresiva.

Como ya mencionamos, las drogas han venido a sustituir (*satisfacer*) las demandas (afectivas, culturales y espirituales) de las personas, por el fracaso de la oferta de las instituciones mencionadas. Desde esta perspectiva, encontramos tres tipos fundamentales de drogas:

I. *Drogas afectivas*. Son las que sustituyen las demandas afectivas de carácter personal, familiar (hachís, marihuana, etc.).

II. *Drogas psicodélicas*. Son las que llenan vacíos de carácter cultural; sustituyen la función de la escuela intrascendente (simpatinas, centraminas, mescalina, etc.).

III. *Drogas místicas*. Corresponden a las sustancias con las que se pretende conseguir una realización de naturaleza místico religiosa, intentando llenar un vacío que genera la pobreza espiritual del mundo actual (LSD, éxtasis, etc.).

Algunas drogas, como el alcohol, pueden cubrir esos pretendidos tres niveles (dimensiones) de realización (psicodélicos, psicoafectivos y místicos).

Es evidente que muchos millones de seres humanos consumen drogas (una parte significativa de ellos, alcohol) con la finalidad de conseguir una realización de carácter místico-religioso. No hay que olvidar que el hombre es no sólo un *Homo erectus*, un *Homo faber* y un *Homo sapiens*, sino también un *Homo religiosus*, y que desde la esfera de su intimidad surgen demandas de gratificaciones trascendentes, gratificaciones que difícilmente pueden ser satisfechas con las ofertas que recibe de una sociedad consumista y materializada. Por consiguiente; ante *la angustia que generan las demandas no satisfechas*, recurre a la ingestión de sustancias psicodélicas para llenar el vacío interior que lo amenaza. Esta angustia es de naturaleza existencial y tiene que ver con la vivencia de los sentimientos de finitud y de muerte; es decir, la experiencia de la muerte, como realidad existencial y ontológica, frustra los deseos de inmortalidad (vivencia del tiempo indefinido) que emer-



gen desde las esferas psíquicas (inconscientes) más profundas.

La Biblia enseña que «La paga del pecado (griego = *amartia*) es la muerte (griego = *thanatos*)» (Rom 6:23). La palabra griega que se emplea para muerte en el texto mencionado es *tanatos*, que no se refiere tanto a la muerte como hecho físico concreto, cuanto a la misma infraestructura o conjunto de fuerzas dinámicas que conducen a tal hecho. Los estudios psicoanalíticos de Sigmund Freud y sus seguidores han revelado que en el hombre se manifiestan psicobiológicamente dos poderosas fuerzas instintivas: el Eros (instinto del amor y de la vida) y el Tanatos (instinto de la muerte). Según esta escuela científica, toda la vida del hombre deviene en un enfrentamiento dialéctico y agónico entre ambas fuerzas instintivas.

Por otro lado, eminentes científicos del campo de la neurofisiología, como el doctor Claude Bernard, han definido la muerte como «el conjunto de fuerzas que se oponen a la vida»; pero Bernard fue más allá y literalmente dijo: “La vida es la muerte”. Esta afirmación podría tener un paralelismo en la experiencia biológica, vivencial y existencial del apóstol Pablo cuando afirmaba “Cada día muero” (1º de Corintios 15:31). Desde el punto de vista del cristianismo, la muerte se introdujo en la experiencia existencial de los hombres como consecuencia de la entrada del pecado (griego = *amartia*; lo amártico supone la experiencia vivida del error del fracaso y de la frustración) en el mundo (Romanos 5:12). Pero la muerte (el Tanatos) es no sólo un conjunto de fuerzas instintivas que actúan a nivel psicobiológico (1ª de Corintios 4:10-12), sino algo mucho más trascendente e importante. El capítulo 15 de la primera epístola a los Corintios nos presenta a la *muerte* (Tanatos), no sólo como una circunstancia o realidad metabiológica (Hebreos 9:27), sino como un gran enemigo de Dios y de los hombres (*muerte personificada*, 1º de Corintios 15:26).

Este enemigo tiene una dimensión escatológica (1ª de Corintios 15:26), y en el devenir psicobiosocial de la humanidad se ha constituido en un imperio (Hebreos 2:14) que mantiene esclavizados a los hombres.

La muerte es la instancia biológica o ente existencial responsable de la frustración en el mundo. Al respecto dice Salomón, en el libro de Eclesiastés, que Dios «todo lo hizo hermoso en su tiempo y ha puesto el deseo vehementemente por la eternidad en el corazón de ellos, sin que alcance el hombre a entender la obra que Dios ha hecho desde el principio» (Ecl. 3:11). Este «deseo de eternidad», que gravita como contenido esencial en el corazón humano está impedido, en su realización, por la realidad incontrovertible de la muerte, realidad que viene a dar al traste con todos los deseos de “eternización” que el hombre atesora (Ecl. 2:16, 8:8).

El *imperio de la muerte* ha sido manejado para dar sentido y trascenden-

cia ideológica a diversos sistemas filosóficos y religiosos, hasta llegar a producir una verdadera alienación en la conciencia de muchos seres humanos.

Desde el punto de vista biológico y existencial, *el hombre está desarmado ante la muerte*; el diablo aprovecha esta realidad para esclavizarlo, inoculándole una filosofía hedonista, nihilista y materialista: «comamos y bebamos porque mañana moriremos» (Isaías 22:13). Tal filosofía da al traste con cualquier planteamiento ético y supramaterialista y, como consecuencia, los valores morales de la humanidad se resquebrajan.

Ciertas armas poderosas, manejadas por el imperio del mal, encuentran su ensamblaje, su interrelación dinámica, en el devenir histórico de la Humanidad y, de forma más que evidente, en la experiencia sociogónica de la actual civilización. Interrelacionadas entre sí ciencia, política, dinero y religión, se constituyen en el receptáculo ideológico socioeconómico, sociopolítico y socioético, donde se gesta la motivación o infraestructura tanática (de muerte) que intenta realizarse en la experiencia vivencial humana. Resulta impresionante comprobar que uno de cada cuatro seres humanos necesita recurrir al consumo de drogas para seguir «viviendo» su experiencia existencial «agónica». *Vivir agonizando* es el aspecto experiencial más ilustrativo.

En su libro *Tratamiento de las enfermedades mentales*, el doctor Franz Alexander dice: «El alcoholismo, especialmente en los individuos con predisposición depresiva o paranoica, representa una de las manifestaciones más profundas y persistentes del *deseo de muerte*».

Las toxicomanías en general y el alcoholismo en particular constituyen una de las expresiones más claras e irrefutables de la realización tanática en la realidad social actual.

Para entender el problema toximonanígeno alcohólico es necesario tener en cuenta no sólo los condicionantes peristáticos (económicos, políticos, sociales y culturales) del medio donde hombres y mujeres desarrollan su existencia, sino también los otros condicionantes que suponen impulsos y necesidades que se demandan desde la esfera de la intimidad de los seres humanos. La ingestión de bebidas alcohólicas, en tantas ocasiones, tiene una finalidad, aunque sea de carácter inconsciente, de naturaleza místico-religiosa, y se coloca al servicio de ofertar una supuesta realización del hombre, dando una gratificación toxicomanígena a sus deseos de trascendencia y eternidad.

Por consiguiente, para entender la problemática del alcoholismo, y más adelante los contenidos de la oferta psicoterapéutica que se realice, hay que tener en cuenta tanto los condicionantes peristáticos de esta toxicomanía como los condicionantes psicológicos o pertenecientes a la esfera de la intimidad, en este sentido, se dan elementos causales importantes en la génesis del alcoholismo que se motivan y devienen a nivel inconsciente, tanto *indivi-*

*dual* como *colectivo*, y constituyen elementos favorecedores o generadores, desde el punto de vista etiopatogénico y psicodinámico, de la toxicomanía alcohólica.

De manera muy particular, determinados contenidos del inconsciente colectivo, como los impulsos instintivos de Eros y de Tanatos y otros como las denominadas *imágenes eidéticas* (imágenes previamente grabadas en el cerebro, en parte componentes de la herencia filogenética, que pueden emerger a la conciencia bajo los efectos de una sustancia toxicomanígena al actuar ésta sobre la corteza cerebral del sujeto) o los denominados *contenidos arquetipos* del doctor C. G. Jung, constituyen una parte importantísima de la infraestructura motivacional inconsciente del alcoholismo. Entre los contenidos arquetípicos, y en cuanto a la psicodinamia del alcoholismo, deben merecer una máxima atención por nuestra parte los que se corresponden con lo que el doctor Viktor Frankl denominó la *Presencia ignorada de Dios* en el hombre. Esta presencia ignorada de Dios se correspondería con la represión de la imagen de la Deidad a nivel inconsciente. El deseo vehemente por la eternidad, al que anteriormente hemos hecho referencia, se puede relacionar con dichos contenidos arquetípicos y supone la tendencia a producir demandas para su gratificación. La oferta toxicomanígena alcohólica es una salida falsa a la gratificación de los deseos y las tendencias más profundas y trascendentes del corazón humano.

## Grupos terapéuticos

El ser humano adquiere su experiencia en los diversos *grupos* por los que pasa y forma parte a lo largo de su vida: a) grupo familiar, b) grupo escolar, c) grupo juvenil-pandilla, d) grupo militar, e) grupo laboral, f) grupo social, etc.

Como ser humano, el alcohólico desenvuelve también su vida, su devenir existencial, en grupos. En primer lugar, deseamos hacer algunas consideraciones más particulares en relación con el primer grupo mencionado.

Para nosotros no existe el enfermo alcohólico enclavado en el seno de una familia mas o menos normal: estamos plenamente convencidos de que lo que en realidad percibimos, a través de la experiencia clínica, es la existencia de familias enfermas o profundamente *neurotizadas*, en cuyo seno se da el acontecer existencial de un enfermo alcohólico. En muchas circunstancias (y no nos referimos a la etiopatogenia del alcoholismo), la familia está enferma o neurotizada en función y como consecuencia del alcoholismo de uno de sus miembros, pero en otras ocasiones, es la naturaleza o estructura psicopatológica de la familia la que condiciona la toxicomanía del individuo, lo que redundaría en una mayor desintegración psicológica de aquella, cerrándose así el círculo vicioso de *la familia enferma del enfermo alcohólico*.

De todo esto se desprende la importancia primordial que tiene para nosotros la integración de la familia, o de alguno de sus miembros que guarde una relación afectivo-emocional más estrecha con el paciente alcohólico, en el programa de rehabilitación del enfermo.

Si bien es verdad que los diversos grupos en los cuales el paciente vive su experiencia *prealcohólica* pueden influir, y de hecho influyen, como factor etiológico o coadyuvante de su toxicomanía, también es cierto que cuando el hombre-bebedor se convierte en *enfermo*, va paulatinamente desgajándose de la convivencia en estos grupos.

Primero suele romper con el grupo familiar, más adelante con el laboral y por último se desequilibra socialmente, para terminar llevando una existencia alienante, desgajado de los diferentes grupos de realización psicosocial, y siendo víctima de sentimientos de vergüenza, culpa, soledad y frustración. En estas circunstancias *el alcohólico se siente impotente para emprender la gran escalada de su rehabilitación*, es decir, volver a *integrarse* en esos grupos que son vitales para él e imprescindibles para conseguir la homeostasis necesaria para vivir una vida normal y auténtica.

Dentro del programa de *rehabilitación* damos preferencia al tratamiento del paciente en grupos. Existen diversas filosofías y metodologías para proceder a la rehabilitación de las personas con una problemática toxicománigena alcohólica; para nosotros, no existe la menor duda de que el tratamiento psicoterapéutico constituye la posibilidad más válida y completa para llevar a cabo con éxito una buena rehabilitación en el campo del alcoholismo. Entre las diversas modalidades psicoterapéuticas se debe elegir, sin la menor duda, la *psicoterapia de grupo*.

El tratamiento en grupos psicoterapéuticos tiene como finalidad volver a integrar al enfermo a todos los niveles de existencia donde es necesario que él se realice como persona pero, ahora, persona abstinente.

A pesar de la amplia gama psicoterapéutica grupal que hemos descrito, en la práctica pretendemos conseguir eficacia y eficiencia psicoterapéuticas, haciendo especial hincapié en los grupos descritos en la tabla 2-1.

### **tabla 2-1. grupos psicoterapéuticos**

A	Grupo de psicoterapia	8-10 pacientes
1	Grupo de terapia ocupacional	15-20 pacientes
B	Grupo mixto. Pacientes y familiares, médico psicoterapeuta, asistente social	30-40 personas
2	Asociación cultural, asociación religiosa, etc.	
C	Grupo de Alcohólicos Anónimos Sociedad-paciente responsable	Nº indefinido de pacientes

Antes de describir la dinámica psicoterapéutica de los diferentes grupos, recordaremos la evolución histórica de los grupos psicoterapéuticos en el ámbito mundial. Desde sus inicios hasta la actualidad, la historia de la psicoterapia de grupo comprende tres momentos o períodos: a) discursivo, b) dinámico y e) de actuación o psicodramático. En el apartado siguiente analizaremos estos tres períodos.

### **Desarrollo del esquema histórico: período discursivo**

El período discursivo consiste, fundamentalmente, en una conferencia diaria de 6090 minutos de duración sobre un tema relacionado con la problemática del alcoholismo. Esta fase puede considerarse como psicoterapéutica didáctica. En ella se favorece la adquisición de conocimientos teóricos acerca de la enfermedad, pero este tipo de charlas informativas dificulta, obviamente, el proceso psicoterapéutico en sí mismo, dado que la pasividad en la que se encuentran los enfermos resulta negativa para realizar un auténtico proceso motivacional en cada uno de ellos. Asimismo, esta forma de terapéutica favorece, en forma desmedida, la gratificación de las necesidades narcisistas del terapeuta.

#### **1905**

Pratt: problemas emocionales de los enfermos tuberculosos.

#### **1921**

Lasell: demencia precoz, utilizando los métodos de Pratt que consistían en conferencias e instrucciones a los pacientes.

Marsh: conferencias en aulas y altavoces que se conectaban con todo el hospital.

Snowden: ocho conferencias semanales de 20 minutos, en las que hablaba sobre las variadas causas de las enfermedades mentales.

### **período dinámico**

El período dinámico consiste, fundamentalmente, en la puesta en marcha de grupos de psicoterapia en los que se sigue una doctrina psicodinámica y una metodología psicoterapéutica. Los grupos de psicoterapia pretenden alcanzar los siguientes niveles psicoterapéuticos:

- Despertar en los pacientes *conciencia de grupo*, como necesidad terapéutica.
- Favorecer la vivencia de la *concienciación de daño* en los enfermos.

- Despertar la *conciencia de enfermedad* (conciencia toxicomanígena).
- Crear una *auténtica motivación* hasta llegar a la fase de conversión existencial.

Nuestra experiencia en psicoterapia de grupo con este tipo de pacientes nos lleva a valorar, seriamente, los dos niveles de experiencias y vivencias que se pueden captar en un grupo psicoterapéutico de este tipo: *a)* nivel superficial y *b)* nivel profundo.

El hecho de que en estas experiencias psicoterapéuticas grupales se desarrollasen, a la par, ambos niveles en cada sesión psicoterapéutica, favorecería enormemente la resistencia de los enfermos a nivel inconsciente colectivo, y el proceso psicoterapéutico, a nivel más racional, resbalaba sobre la personalidad profunda de los pacientes. Es concretamente esta circunstancia la que nos lleva al tercer período psicoterapéutico.

### 1930

Aplicación de los conocimientos y descubrimientos psicoanalíticos a las técnicas grupales.

Precursor: Trigant Burrow.

Wender: psicoterapia de grupo y entrevistas individuales. Foulkes: psicoterapia psicoanalítica clásica.

Joshua Bierrer: tratamiento situacional. S. R. Slavson.

### período de actuación o psicodramático

Las experiencias psicodramáticas permiten romper las resistencias que aparecen en los grupos de psicoterapia propiamente dichos y conocer mejor la personalidad profunda de nuestros enfermos.

### 1932

A este período pertenecen J. L. Moreno, sus discípulos y todos los métodos y escuelas derivados de él. Moreno cree que, por naturaleza, el hombre es espontáneo y creador y que enferma cuando no puede utilizar estos dones naturales. La representación dramática (*acting-out*), más que la simple narración, conduciría a una profunda catarsis de las fuerzas autolimitadoras y liberaría la creatividad del paciente. Cada actor-paciente se convertiría en un agente autocurativo a la vez que terapéutico para otros pacientes.

### Dinámica y Finalidad psicoterapéutica de los grupos grupo A

Es un grupo de psicoterapia formado por un número limitado de pacientes (8-

10), al que el enfermo se incorpora al principio de su tratamiento rehabi-

litador. En este grupo se produce una serie de fenómenos psicoterapéuticos, con repercusión en la esfera intelectual-emocional, por medio de los cuales van desapareciendo, progresivamente, los sentimientos de vergüenza, de culpa y de soledad que formaban parte del cuadro psicopatológico que el paciente presentaba en principio. La figura central del grupo es casi siempre el mismo médico-psicoterapeuta.

En este grupo se manifiestan de forma clara los fenómenos de *interacción, imitación, sugestión y conformismo* así como la identificación con la figura del médico, que permite una rehabilitación del paciente, fundamentalmente a nivel *personal*. El enfermo vuelve a sentirse persona y capacitado para emprender las etapas sucesivas y posteriores de su rehabilitación.

### **grupoB**

En este *grupo mixto*, formado por pacientes dados de alta en estado de curación y por sus familiares, la dinámica y la facilitación terapéuticas discurren, a nuestro entender, sobre la base de los fenómenos que rigen la psicodinamia de estos grupos, pero creemos que hay una polarización, en cuanto a que la figura del médico tiene menos importancia que en las reuniones de psicoterapia de grupo propiamente dicha, y el personal que ocupa el lugar más destacado es el *familiar* y, en segundo lugar, los pacientes que se erigen como *líderes*, por la marcha francamente satisfactoria de su proceso rehabilitador, en este grupo, el paciente da un paso más en el proceso de su rehabilitación. *Se consigue favorecer la reinserción del enfermo en el entorno familiar.*

### **grupo 1**

En este grupo de terapia ocupacional, el paciente realiza una serie de trabajos y de contactos interpersonales, con el terapeuta y con otros enfermos, que favorecen la rehabilitación laboral, tan necesaria en personas con esta problemática toxicomanígena.

### **grupo 2**

En muchas ocasiones pensamos que para que la realización del enfermo sea francamente positiva o satisfactoria, es necesario que éste se integre en un grupo cultural o religioso, mediante el cual sea ayudado a mantener la motivación que le permita vivir una experiencia íntima gratificadora y que redunde en una vida abstinerente.

### **Grupo C**

El paciente se desenvuelve en este tipo de grupos, como Alcohólicos

Anónimos (AA), en unas condiciones distintas de las anteriores. Si echamos una mirada retrospectiva sobre todo el plan psicoterapéutico, por medio de grupos, que llevamos expuesto, nos damos cuenta de que, llegado el momento en que el paciente está capacitado para integrarse con eficacia en un grupo extrahospitalario de enfermos alcohólicos, ha recorrido ya un itinerario a través del cual ha tenido que ir venciendo dificultades de tipo personal, familiar, etc. En el grupo A la actitud del paciente era bastante pasiva y buscaba refugio, protección y apoyo en el psicoterapeuta que era la figura central del grupo. Posteriormente, iba perdiendo importancia, en el grupo B, en el que destacaba la figura familiar. En el grupo C, *el enfermo se encuentra solo ante los demás enfermos, es decir, solo ante su propia realidad*. Ya no está el médico a su lado para protegerlo, ni siquiera sus familiares para ayudarlo. Ha llegado el momento de asumir *su propia responsabilidad* ante su problemática y tiene que solucionar sus problemas en los ámbitos, fundamentalmente, social, ético y espiritual. En este grupo, cada paciente tiene un papel que desempeñar, del cual se siente responsable.

Alcohólicos Anónimos favorece la integración del paciente a unos niveles y en unas dimensiones que se escapan a las posibilidades de los restantes grupos psicoterapéuticos utilizados en la rehabilitación de los pacientes alcohólicos.

Una vez establecidas las bases psicoterapéuticas por las que nos guiamos para llevar a feliz término el proceso rehabilitador del enfermo alcohólico, queremos considerar un punto de máxima importancia y trascendencia para la evaluación, desde el punto de vista pronóstico, de la *evolución* en el tiempo de nuestros enfermos alcohólicos: nuestra experiencia clínica cotidiana nos señala que no se puede hablar de curación del enfermo por el mero hecho de que éste haya abandonado la adicción etílica y su abstinencia se mantenga en el tiempo. Este hecho nos ha llamado poderosamente la atención y consideramos que su estudio contribuiría a desvelar la problemática existencial, vivida a un nivel muy profundo, a veces inconsciente, que existe en lo más recóndito del acontecer psíquico del enfermo alcohólico. Una amplia casuística confirma esta tremenda realidad, tremenda porque el paciente etílico que abandona su ingestión alcohólica y permanece abstinerente, pero no está curado, plantea a la familia, que ha colaborado y sigue colaborando para su rehabilitación, una problemática seria, profundamente trascendente y de muy difícil solución.

## **La Conversión como expresión suprema y realizadora de la rehabilitación**

Llegados a este punto deseamos plantear el problema de la curación del



enfermo alcohólico en unos términos que se apartan ligeramente de la rigidez clínica para imbricarse en el terreno psicológico-filosófico y religioso: estamos convencidos de que para la mayoría de los alcohólicos, especialmente para aquellos que solemos diagnosticar de *alcoholomanía*, la ingestión ética repetida, el contacto cotidiano con el alcohol, aparte de satisfacer esas necesidades biológicas de dependencia que se establecen en el plano íntimo de su acontecer bioquímico, supone poder desplegarse de forma no auténtica, pero quizá, para él, trascendente. Su experiencia vital queda inmersa en el paraíso artificial que se crea favorecido por la ingestión del tóxico, la cual ya resulta necesaria para huir de esa realidad que rechaza constantemente. Sabido es que por el camino de la toxicomanía se intenta conseguir la adquisición de vivencias más trascendentes, incluso aquellas que pertenecen a las esferas noética y místico-religiosa. El alcohol es, pues, para el alcohólico, un elemento que le proporciona satisfacciones y gratificaciones realmente ficticias, psíquicamente vivenciales, pero que él necesita para «seguir viviendo».

No es fácil, pues, que no ofrezca resistencia para abandonar su toxicomanía. Creemos que para el toxicómano alcohólico, como para cualquier otro, el abandono de su droga tiene que significar un gran esfuerzo. Llegados a este momento de nuestro enfoque terapéutico, es necesario que nos preguntemos: ¿A qué precio vende el alcohólico su abstinencia? En la respuesta a este interrogante encontramos dos tipos de factores:

### **Factores negativos:**

- Hospitalismo (disponer de casa, comida, cama, etc., gratis)
- Refugio en enfermedad física (polineuritis, hepatopatía, etc.; en estos casos se desea que la dolencia somática no cure).
- Refugio en una neurosis (hipocondría, histeria, etc.).
- Refugio en otra toxicomanía (tranquilizantes, psicostimulantes, etc.).

### **Factores positivos:**

- Rehabilitación personal.
- Rehabilitación familiar.
- Rehabilitación laboral.
- Rehabilitación social.
- Rehabilitación moral.
- Rehabilitación espiritual.

Cualquier aspecto y ámbito de la rehabilitación positiva es bueno y saludable, y aunque es cierto que para alcanzar una buena rehabilitación *no* es

*imprescindible la conversión religiosa*, esta última circunstancia constituye, a nuestro criterio, la máxima y más sólida garantía de una rehabilitación integral y realizadora.

A esta última faceta y suprema cota de aspiración psicoterapéutica dedicaremos el final de este capítulo.

Jan Ehrenwald, en su importante libro *Psicoterapia mito y método*, se refiere a las que él considera las tres fases principales del proceso terapéutico:

La *fase de la conversión existencial*, inducida por el mito.

La *fase didáctica*, relacionada con la educación y la reeducación del paciente.

La *fase psicodinámica*, que representa «en cultivo puro» el análisis freudiano.

En otros apartados de su interesante obra, Ehrenwald llega a afirmar:

«Bien pudiera ser que no exista una psicoterapia totalmente exenta de mito. En caso de existir, probablemente vería disminuida su eficacia terapéutica.» Asimismo, este autor se explaya en su pensamiento afirmando que «el Mito, escrito con mayúscula, es básicamente intemporal, infalible y se halla fuera del alcance del frío escrutinio científico [...] Algunos de los mitos que nos han sido transmitidos desde la Antigüedad parecen no tener edad y ser superiores a la realidad, trascendiendo las categorías de espacio y tiempo». Si bien, en principio, estamos de acuerdo con las tres fases psicoterapéuticas descritas por Jan Ehrenwald, consideramos, no obstante, que en el proceso psicoterapéutico grupal se ordenan de manera diferente:

1. Fase didáctica.
2. Fase de conversión religiosa o existencial.
3. Fase psicodinámica o interpretativa

En cuanto a la fase de conversión religiosa, ésta puede ocurrir, en un enfermo alcohólico, a título individual o en el marco de su integración en un grupo que motive y favorezca las vivencias trascendentes de la conversión como hecho religioso que transforma la manera de pensar y de vivir de las personas. Es decir, en un grupo que favorezca la metanoia o, en otras palabras, en un grupo que motive, por sus contenidos doctrinales, el *arrepentimiento* que, como se sabe, corresponde al fenómeno noético de «Cambio de mente o de la manera de pensar», lo que equivale, en esencia, al término griego *metanoia*.

Llegados a este momento de nuestra exposición conceptual, creemos conveniente realizar una matización de carácter mítico y traer a la memoria

algunos recuerdos históricos que tienen que ver con el nacimiento de la psicoterapia de grupo y, en concreto, con la génesis de los grupos de autoayuda del tipo de AA.

J. L. Moreno puso de manifiesto, hace muchísimo tiempo, que uno de los errores del psicoanálisis, que en su opinión limitaba el alcance de sus posibilidades terapéuticas, consistía en que no tenía en cuenta el mensaje de los profetas del Antiguo Testamento y las aportaciones del socialismo científico (marxismo). Nosotros añadiríamos que el desprecio por las enseñanzas que el conocimiento de la mitología proporciona oscurece, de manera muy importante, cualquier análisis de la realidad. En lo que atañe a la problemática del alcoholismo, el conocimiento de la mitología y, concretamente, de los dioses más carismáticos, puede ayudarnos de forma muy esclarecedora a desentrañar algunas de las motivaciones más profundas y trascendentes que se expresan en la esfera de la intimidad. En este sentido es necesario recordar que uno de los dioses más importantes de la mitología griega y, posteriormente, de la romana fue Dioniso o Dionisio, conocido también como Baco, nombre que fue adoptado posteriormente por los romanos. Este poderoso Dios se considera hijo de Zeus, el padre de los dioses. En los diversos avatares de su vida pasó por distintas penalidades hasta llegar a la edad adulta. En una ocasión fue descuartizado y muerto y, posteriormente, su abuela reunió sus restos y le devolvió la vida. Las estrategias para lograr su salvación personal consistieron en disfrazarse de niña, de cabrito, etc. En el monte Nisa *descubrió la vid* y, a partir de ese momento, utilizó su fruto (el vino) para conseguir la realización de todos sus deseos. En cierta ocasión *enloqueció*, siendo liberado de su locura posteriormente, por la diosa Cibeles. Gracias a sus poderes mágicos y a sus cultos orgiásticos, conquistó toda la India y enseñó el arte de la viticultura por doquier. Después de extender su culto por todo el mundo, subió por fin a los cielos y se sentó con los Olímpicos en el lugar que ya tenía reservado. Aunque hay elementos confusos en los mitos de Dioniso, parece claro que era en origen un Dios de la vegetación, espíritu de la savia de las plantas y del jugo de los frutos y, a la vez, de la fecundidad animal y del vino. Sus orgiásticos ritos se basan en la aspiración al éxtasis y a lograr ser poseído por el Dios, en un delirio místico. Ya hace muchísimo tiempo, Ortega y Gasset nos recordaba que «antes, muchísimo antes, de que el vino fuese un problema administrativo, fue el vino un Dios». Es importante tener en cuenta que, cuando nos enfrentamos al alcohol, no estamos haciéndolo meramente a un tóxico, a un veneno, a un sedante del SNC, a un desinhibidor de las tendencias reprimidas más profundas, sino a un dios fraudulento que ofrece a los seres humanos inspiración, felicidad, realización hedonística y mística, a cambio de que le rindan culto y le ofrezcan en holocausto sus propias vidas.

Como ya pusimos de manifiesto, la psicoterapia de grupo se inició a principios de este siglo, con las sesiones terapéuticas que Pratt realizó con enfermos tuberculosos en 1905. Dichas sesiones consistían en una especie de clases colectivas que se realizaban en una sala con pacientes tuberculosos y cuya finalidad era acelerar la recuperación física de los enfermos. A las sesiones acudían unos 50 pacientes y en ellas se leía la Biblia, había una breve conferencia del terapeuta y una discusión de grupo posterior. En 1906, Pratt escribió un trabajo preliminar que amplió en los años siguientes y en el que dio a conocer el resultado positivo de sus experiencias terapéuticas: los enfermos que participaron en éstas obtuvieron una mejoría clínica notable en comparación con los que no se sometieron al tratamiento psicoemocional de estas técnicas grupales. El mérito de Pratt fue utilizar de forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica.

Al evaluar el éxito terapéutico de Pratt no se debe pasar por alto el hecho de que el texto que se leía en las sesiones terapéuticas era la Biblia. Los enfermos tuberculosos de principios de siglo vivían sin ilusión, sin esperanza y sin «salvación». Podríamos decir, parodiando a san Pablo y tornando una cita de la epístola a los Efesios, que los pacientes tuberculosos de 1905 vivían «Sin esperanza y sin Dios en el mundo». Es de todos conocido que la Biblia ofrece al hombre un mensaje de comprensión, ayuda, amor, perdón, salvación eterna, plena realización y reconciliación con Dios. Por consiguiente, es fácil deducir que la aceptación del mensaje bíblico produjo, en los que lo recibieron, una transformación psíquica (anímica) y pneumática (espiritual) de tal envergadura y trascendencia que al obtener la homeostasis o paz interior y liberarse de todas las emociones negativas (ansiedad, angustia, miedo a la muerte, etc.) terminaron mejorando o curándose sus alteraciones físicas.

Finalmente, es bien conocida la gran importancia que los grupos de autoayuda, del tipo de AA, han tenido, tienen y sin duda alguna tendrán en el futuro, en cuanto a la rehabilitación y resocialización de los enfermos alcohólicos. No puede olvidarse que la motivación primaria que impulsó a los fundadores de dicha asociación terapéutica fue *su propia experiencia de conversión religiosa*. En este sentido son interesantes las palabras del doctor Leo Alexander acerca del tratamiento del alcoholismo, extraídas de su libro *Tratamiento de las enfermedades mentales*: «Las curaciones espontáneas del alcoholismo se presentan a menudo asociadas a alguna forma de experiencia de conversión religiosa, a través de la cual el paciente se transforma en un cruzado de la sobriedad y la abstinencia.» El mismo autor sigue diciendo: «Esta conversión está fortalecida, en algunos casos, por un episodio de delirio», citando a continuación el caso de un predicador de Durham, Carolina del Norte, alcohólico reformado, que en el curso de los 7 años siguientes a

su conversión logró construir una iglesia, realizando asimismo una importante obra de rehabilitación entre los alcohólicos internos del hospicio del distrito. Dicho paciente había tenido varios episodios de *delirium tremens* y, en el último de ellos, aterrorizado por sus visiones alucinatorias en las que dos enormes serpientes intentaban ahogarlo, dio un fuerte grito pidiendo socorro a Dios. El horror y la oscuridad desaparecieron súbitamente. Se encontró entonces rodeado por una luz etérea y vio a Jesús, envuelto en su infinita paz y sabiduría, frente a él. Cristo le declaró que si lo seguía y abandonaba el alcohol podría liberarse. "Al ver al hijo Dios delante de mí, supe que la bebida había desaparecido de mi existencia" anunció el enfermo. Alexander destaca que el cofundador de un movimiento ampliamente difundido y mucho más fructuoso en el tratamiento del alcoholismo, el denominado AA, alcanzó los mismos resultados, puesto que experimentó también una sensación de éxtasis en la fase final de un episodio de delirio. Como en el caso anterior, la experiencia se produjo después de trabar relación con un alcohólico abstinerente, que ya había atravesado el proceso de conversión religiosa. Guillermo W. Bill, describe la forma en que su propensión alcohólica lo condujo a un estado de depresión tan profundo como para requerir su hospitalización. Durante la agonía de sus sufrimientos realizó un frenético pedido de auxilio a Dios: los resultados fueron instantáneos, vivos y más allá de toda descripción. «El lugar se iluminó con una luz cegadora blanca; conocí el éxtasis y me pareció encontrarme en una montaña; sopló un fuerte viento que me envolvió, penetrándome. Y como una llamarada surgió un pensamiento sobrecogedor: "¡Eres un hombre libre!" Luego el éxtasis se debilitó y todavía en el lecho me sentí transportado a otro mundo consciente y lleno de una Presencia. Identificado con el Universo, tuve la sensación de una paz creciente y reflexioné: "Éste es el Dios de los predicadores, ésta es la gran realidad." Sin embargo, la razón y la educación moderna no pudieron menos que influir en mí. Indudablemente me había vuelto loco. Me sentí terriblemente asustado. El doctor Silkworth se hizo presente y escuchó mi trémula descripción del fenómeno. Me aseguró que no estaba loco y que era muy posible que hubiera sufrido una experiencia que podía representar la solución de mi problema ... Si hubiera dicho "alucinación", quizás en estos momentos no estaría vivo. Le estaré eternamente agradecido.»

Fue a partir de estas experiencias que Bill y el doctor Bob crearon AA, la organización más importante, a escala mundial, para la rehabilitación y la reinserción de pacientes alcohólicos. El contenido esencial de su proyecto se encuentra reflejado en los Doce pasos y en las Doce tradiciones, que constituyen el primero y el segundo legado de su «programa espiritual». Para poder entender mejor su infraestructura espiritual e ideológica, reproducimos a continuación algunos de los puntos fundamentales del programa de

esta extraordinaria organización.

Entre los pasos destacan los siguientes:

Admitimos que éramos impotentes frente al alcohol y que nuestras vidas habían llegado a ser ingobernables.

Llegamos a creer que sólo **una fuerza superior a nosotros** podría restituir nuestro sano juicio .

Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios tal como cada cual lo concebía.

**Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otros, la naturaleza exacta de nuestras culpas.**

Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos esos defectos de nuestro carácter.

Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos.

Procuramos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole que nos iluminase a fin de cumplir con su voluntad.

Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a otros alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros actos.

Una de sus tradiciones señala:

***Para el objeto que nuestro grupo se propone, sólo existe una autoridad fundamental, un Dios que, bondadoso, se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo.***

Resulta extraordinariamente llamativo el hecho de que el programa de AA exprese en sus objetivos fundamentales el mismo mensaje contenido en el Nuevo Testamento, como oferta gratuita para la reconciliación de los hombres con Dios:

reconocimiento por parte de cada ser humano de la imposibilidad de salvarse a sí mismo, reconocimiento de sus pecados (errores, fracasos y frustraciones), arrepentimiento (cambio de mente o de la manera de pensar), petición de perdón a Dios por sus transgresiones y aceptación de la salvación que Él ofrece, de manera gratuita, sobre la base de la muerte y resurrección de su Hijo («El cual fue entregado por nuestras transgresiones y resucitado para nuestra justificación », Rom. 4:25).

Alcohólicos Anónimos no es una sociedad ni un movimiento religioso, aunque el programa de recuperación incluye sugerencias que reflejan los conocimientos y las motivaciones de muchos líderes espirituales. Entre sus miembros hay hombres y mujeres pertenecientes a muchos credos; algunos

de ellos no pertenecían a ninguno cuando llegaron a la agrupación, y otros afirman no profesar ninguna fe. Los miembros con frecuencia describen a la organización como un programa “espiritual”. Tienen la libertad de interpretar el programa de recuperación de AA tal como se expresa en los Doce pasos sugeridos, en la forma en que mejor les parezca. La dependencia de un poder superior es, sin embargo, un punto central para el éxito de la mayoría de los hombres y de las mujeres que han logrado la sobriedad en AA. *Para muchos miembros, este poder superior es un Dios personal a quien recurren pidiendo ayuda para lograr y conservar la sobriedad*; otros por el contrario pueden verbalizar su experiencia de la siguiente manera: «No puedo aceptar ese concepto de Dios; yo he puesto mi fe en el grupo de AA; ése es mi poder superior y eso me conserva sobrio.» Muchos que han llegado a AA profesando ser agnósticos o ateos, se han convertido (o han vuelto) a las religiones establecidas, con una profunda fe nacida de la experiencia personal con el contacto divino.

En casi todas las reuniones de AA se invita a los asistentes a cerrar la reunión diciendo el padrenuestro. La participación es, desde luego, voluntaria.

Aunque AA no es una sociedad religiosa en el sentido institucional, el contenido y la base de actuación de su programa son indudablemente de índole espiritual y religiosa en el sentido cristiano, novotestamentario y bíblico. El término religión corresponde a tres traducciones del vocablo latino: *religere*, volver a leer (Cicerón); *religere*, volver a ligar (Lactancio); *religere*, volver a elegir (san Agustín). Resulta evidente que la «experiencia espiritual» de un miembro concienciado, convertido y motivado de AA se adapta a la experiencia que expresan los términos señalados.

La rehabilitación espiritual de los enfermos alcohólicos constituye, pues, el aspecto más trascendente de su rehabilitación integral a través de la terapia de grupos.

**EN ESTE CAPÍTULO SE PONE DE MANIFIESTO QUE LA CIENCIA Y LA BIBLIA NO SE CONTRADICEN, ANTES BIÉN SE COMPLEMENTAN**

## Bibliografía

Abraham K. Estudio sobre psicoanálisis y psiquiatría. Buenos Aires: Hormé, Paidós, 1961.  
Alcoholics Anonymous World Services. Un ministro religioso pregunta acerca de AA. Nueva York: 1961.

Alexander J. Alcoholics Anonymous World Services, Nueva York: Curtis Publishing.

Alexander L. Tratamiento de las enfermedades mentales. Buenos Aires: Editorial Médico-Quirúrgica, 1953.

Ehrenwald J. Psicoterapia: mito y método. Barcelona: Toray, 1968. Ey H. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson, 1965.

González Campa JM. The family of the alcoholic. Oviedo: Phronesis n° 19, mayo de 1975.  
González Campa JM. Programme of assistance for alcoholic patients. Oviedo. Phronesis n° 23, enero de 1976.

González Campa JM. Economía de la muerte. Terrasa: CLIE, 1991.

Grinberg L, Langer M, Rodrigo E. Psicoterapia de grupo, 4ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1974. Jung C. AION. Contribución a los simbolismos del sí mismo, 4ª ed. 1980 (Alemania); 1ª impresión

1989. Paidós SAICF y Paidós Barcelona.

La Biblia. Versión Reina-Valera 1960. Miami: Vida, 1980.

Llopis R.: Mito y etoterapia en la curación del alcohólico. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Seminario sobre alcoholismo y toxicomanías. Bilbao, julio de 1960.

Moreno JL. Psicodrama. Buenos Aires: Hormé, Paidós, 1961.