

## **Análisis del cambio clínico y detección de recaídas, en un paciente adicto a sustancias**

Por Valeria Muras<sup>1</sup>

### **Resumen**

El artículo estudia seis escritos de un adulto adicto a sustancias psicoactivas, durante la internación en una Comunidad Terapéutica. Dichos escritos son registros que el paciente que presentaba a la institución al regreso de cada salida a la casa de su padre, a los cuales llamamos “devoluciones”. En el estudio longitudinal se observaron los cambios detectados en deseos y defensas, con el objetivo de detectar o anticipar una recaída.

Para el análisis se utilizó el método ADL en sus versiones P y R. A lo largo de todo el material se observa un discurso inconsistente y sobreadaptado, con la intención de persuadir al interlocutor, ocultando las fallas en su subjetividad. En los primeros dos escritos se observaron como predominantes las defensas funcionales exitosas junto con deseos O2. Resultó llamativo que previo a su recaída, en la tercera devolución se observó un viraje en los mecanismos defensivos, hacia los patológicos en su estado fracasado (desestimación del afecto y desmentida), lo cual nos llevó a rescatar el valor predictivo del método.

### **Palabras claves**

Recaídas - discurso falso – subjetividad – defensas - deseos

### **Abstract**

This article studies six writings of an adult addicted to psychoactive substances, during hospitalization in a Therapeutic Community. His writings are records that he presented to the institution after each meeting with his father, which we call “returns”. During the study, changes were detected in desires and defenses, with the aim of identifying or anticipating a relapse.

This study uses the ADL methodology, in P and R version. Throughout all the material, an inconsistent and over-adapted speech is observed, hiding the flaws in his subjectivity, with the intention of persuading the interlocutor. In the first two writings, successful functional defenses were observed, along with O2 desires. In the third return, a shift was observed in the defensive mechanisms, towards the pathological ones in his failed state (dismissal of affect and denial). This behavior was before his relapse. This fact led us to rescue

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicología. Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Diplomatura en Fundamentos Clínicos del Psicoanálisis (UCES). Psicoanalista. E-mail: valeria\_muras@hotmail.com

the predictive value of the method.

### **Keywords**

Addiction – relapses - false speech – subjectivity - defenses.

### **I. Introducción**

Este trabajo forma parte de la investigación “Análisis de las corrientes psíquicas que se presentan en un paciente con adicción, durante el tratamiento en comunidad terapéutica” y es parte de mi tesis de Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento. El objetivo planteado apunta a observar los deseos y los mecanismos de defensa que se ponen de manifiesto en las expresiones verbales de un paciente a lo largo de un tratamiento de adicciones en un contexto de internación en una Comunidad Terapéutica. En el caso estudiado nos propusimos detectar cambios clínicos y observar si era posible anticipar las recaídas, esperables en estos pacientes. Finalmente, nos interesó extraer hipótesis para futuros estudios

Con esta investigación se aspira a reconocer distintos momentos por los que pasa un paciente en el tratamiento, observando especialmente si hay discrepancias entre lo que el paciente dice durante las sesiones con los terapeutas y lo que luego hace fuera del consultorio.

A tal fin utilizamos el Algoritmo David Liberman (ADL) método que analiza el discurso con instrumentos que permiten explorarlo a través de tres niveles distintos: Palabras, Frases y Relatos. En este caso solo aplicamos el ADL-P y el ADL-R.

Nuestro marco teórico es la Teoría del desvalimiento, y se estima que puede ser útil para acotar el margen de error en los tratamientos en comunidad terapéutica, entendiendo que detrás del sujeto que consume sustancias se encuentran muchos otros conflictos sin elaborar y contextos poco saludables.

### **II. Problemática**

La intoxicación con sustancias externas al cuerpo, como ser: la cocaína, el alcohol, la marihuana, LSD, entre otras, son consecuencia de conductas ligadas a incorporar sustancias para promover estados corporales que son vivenciados como placenteros, y que además, ayudan a soportar una realidad que es intolerable. El principal obstáculo que se presenta es que el adicto necesita de la droga y del efecto que esta produce. Es por ello que generalmente el motivo de consulta se articula a un pedido de abstinencia, un dejar de consumir, donde el paciente espera ser ayudado para resolver este problema.

En la clínica de las adicciones, en ciertos momentos del tratamiento, los relatos de los pacientes no coinciden con las escenas que despliegan ante su interlocutor y los síntomas que se observan. Mientras que en su discurso no se identifica algún sufrimiento psíquico en particular, o lo hace vagamente, se producen síntomas de conductas autodestructivas. Estos síntomas se pueden manifestar de diferentes formas; cortes, quemaduras, rasguños, episodios de violencia y de consumo que implican recaídas y en muchas ocasiones abandono del tratamiento. Estas son formas de producir dolor físico, son formas de expresar el sufrimiento. De esta manera, se puede observar los estados de las defensas, en las relaciones de conflicto o subordinación y el predominio de alguna de ella sobre las demás.

Esta discordancia, entre lo que el sujeto dice y lo que se observa, constituye una particularidad en la presentación, comprensión y tratamiento de estos pacientes. Desde el punto de vista terapéutico, el tema radica en que el analista no se deje atrapar por el discurso inconsistente y apunte a lo que se supone constituye el punto nodal del problema: el desvalimiento psíquico- la subjetividad abolida- encubierta tras la fachada inconsistente.

De acuerdo a lo desarrollado anteriormente, se considera importante abordar al sujeto que se esconde en la trágica compulsión por el objeto tóxico, teniendo en cuenta su contexto, debido a que existe una pugna entre dos tendencias, una a desfallecer y abandonarse a sí mismo; y otra a recuperar la tensión vital, es decir hay una pugna entre pulsiones de muerte y de vida.

Entonces a partir de lo expuesto, surge el siguiente interrogante sobre cuáles son las corrientes psíquicas que predominan, en los diferentes momentos del tratamiento, teniendo en cuenta el discurso del paciente.

### **III. Conceptos centrales**

Haciendo un estudio sobre las adicciones desde el psicoanálisis, observamos que en los trabajos de Freud sobre la cocaína, ya se habla de los efectos anestésicos de la droga (Freud 1980). Dicho autor propone consideraciones sobre la relación entre la cocaína y lo anímico para estudiar las relaciones existentes entre lo afectivo y la utilización de sustancias tóxicas.

Freud no deja de preocuparse por el tema de las adicciones y en una carta dirigida a Fliess, de fecha 22 de diciembre de 1897, Freud sugiere: *“Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar «adicción primordial», y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfinismo, tabaquismo, etc.”* (1887, p.314)

Refiriéndose al malestar en la cultura, Freud define a los tóxicos como “quitapenas” que permitirían esquivar los límites que la realidad impone al sujeto, refugiándose en un mundo que ofrecería mejores

condiciones de sensación (Freud, 1930a). La intoxicación con sustancias es el recurso (quita-penas) más descarnado y efectivo con que se cuenta para aliviar el sufrimiento del cuerpo propio. Pero este método, tiene para el psicoanálisis sólo un valor descriptivo o fenomenológico, en tanto remite a una intoxicación previa del paciente (endógena), por sustancias derivadas de un quimismo particular (pulsional). Es decir, que la intoxicación por la droga o sustituto, solo es una puesta en escena, un efecto de ciertas porciones de libido vueltas tóxicas (Moreira, 1995, p. 165).

David Maldivsky, en relación al discurso que caracteriza a las patologías del desvalimiento, postula que presentan una fijación a la libido intrasomática, que se caracteriza por la falta de expresión de los deseos, de los procesos de pensamiento y de la afectividad. Describe tres tipos de discursos: catártico: no deja espacio a la intervención del interlocutor, no incluye un interrogante acerca del pensar o del sentir de quien escucha. El discurso inconsistente, sobreadaptado o insincero se caracteriza por un dócil amoldamiento del paciente a lo que considera los supuestos del interlocutor del cual depende. El discurso especulador se expresa en un individuo que hace cálculos de cifras o frecuencias y ritmos, habla intercalando cuentas y porcentajes. Estos tres tipos de discursos carecen de un valor subjetivo y no constituyen aperturas hacia una exterioridad, a la cual se supone sólo violenta e interesada.

#### *Puntualizaciones sobre la mentira y el discurso falso*

Distintos autores han prestado atención a este problema del discurso inconsistente: H. Deutch (1942) al eludir a los pacientes “como si”, Winnicott (1955), al referirse al *falso self*.

Sebastián Plut estudia en la actualidad el tema de la mentira y el discurso falso. Este autor ha investigado el tema de la mentira en numerosos trabajos (Plut, 2000, 2007a, 2008b, 2009a, 2009c, 2009d, 2009e, 2013). Además, Plut (2010) refiere una categorización de cinco tipos de mentiras:

a) *Histórica o proton pseudos* (Freud, 1950a): se refiere a que el embellecimiento defensivo es usado como disfraz, acorde a un deseo y con esto el paciente pretende protegerse de ciertos afectos displacenteros, como el asco, la vergüenza, la culpa o el dolor por la supuesta pérdida del amor de un progenitor, por ejemplo.

b) *Psicopática*: encubre un deseo vengativo y busca obtener un bien material. El sujeto procura “hacer hacer”, que el otro realice alguna acción en beneficio del primero. Posee una segunda intención oculta que burla una ley.

c) *Lógica*: tiene por meta inducir un pensamiento en otro, que crea algo que no es. El objetivo podrá ser esconder el propio pensamiento, apropiarse del pensamiento ajeno o protegerse de un estado de

miseria afectiva o económica. Suele incluir una contradicción entre dos afirmaciones o bien entre una afirmación y la realidad concreta (Plut, 2010, p. 4).

d) *Afectiva*: habitualmente se denomina manipulación emocional y consiste en “hacer sentir” algo al otro, habitualmente, culpa, gratitud, etc.

e) *Inconsistente*: en este caso, lo que resulta encubierto es la falta de subjetividad.

Con esta distinción Plut aclara que la mentira no es algo homogéneo, no siempre busca lo mismo. Las diferencias se dan por: a) aquello que se busca y se desea ocultar; b) las estrategias y recursos con los que se disfraza la mentira. Además se pueden encontrar combinaciones, tal como hacer creer algo al otro, para luego asestarle un golpe, robarle, etc.

En todas estas mentiras, de un modo u otro, se conserva la ilusión de que existen frases genuinas, dichas en ciertas circunstancias y representativas de la subjetividad del hablante. A diferencia de estas, la mentira considerada en esta investigación, tiene que ver con la mentira inconsistente, ya que disfraza una ausencia subjetiva, en la que falta respaldo identificatorio para el propio decir. (Maldavsky, 1995b, p. 223). Puede haber una mínima descripción en el relato de los hechos, pero ello no implica que haya un sostén identificatorio para dicho discurso. Por el contrario, hablar puede ser un modo de soslayar el interrogante acerca de la propia subjetividad, cuya ausencia suele expresarse como estado letárgico. (Maldavsky, 1995b, p. 152).

Maldavsky en “Teoría y clínica de los procesos tóxicos” (1992), hace referencia a lo que destaca Eduardo Vera Ocampo. Este autor postula que “el lenguaje que es propio de los consumidores problemáticos de drogas no tiene como función el velar el sentido del mensaje sino que tiende a excederse. De esta manera si las palabras van a tejer una suerte de engaño en el otro no lo harán por lo que ocultan sino porque van más allá de lo que realmente existe con la intención de invitar a ver allí donde no existe nada. Su función es evocar la existencia de un mundo de goce sin palabras fuera de los límites del Yo y del cuerpo: el territorio imaginario de la alucinación”. (Vera Ocampo, 1988, p. 61)

Entonces, la mentira del paciente con estado toxico pretende evitar que otro, frágil, padezca el dolor insoportable de tener que adecuarse a una realidad existente (Maldavsky, 1992, p. 29)

Asimismo, el problema de la mentira es muy amplio: Plut ha señalado que el análisis de las mentiras comprende una escena intersubjetiva y no se puede comprender bien la mentira sin conocer a su destinatario (Martínez Selva, 2009). También cita a Levitt y Dubner (2005), diciendo que siempre que hay un beneficio en juego surge la tendencia a mentir, lo mismo podríamos decir para el crédulo (Plut, 2010).

Algunos de los motivos para creer son: a) evitar un duelo (Woizinski, 2009); b) protegernos de una desilusión; c) también puede ocurrir que la fascinación provocada por el discurso de quien desmiente encubra la identificación reprimida con el deseo vindicatorio y con la ilusión de omnipotencia del mentiroso; d) o bien, el conflicto que se despierta por desconfiar podrá conducir, como reacción espontánea, a una tendencia a la fuga (en términos del pensamiento, por ejemplo).

Teniendo en cuenta el desenlace del caso estudiado, es posible confirmar lo postulado por Plut (2013) y lo citado por Delia Scilletta (2019) en relación a que toda mentira supone una brecha considerable entre las palabras y los hechos.

También puede considerarse el despliegue que propone el autor, de una escena intersubjetiva considerando no solo la falsedad de una afirmación sino la tentativa de convencer a otro de su veracidad.

Plut (2013) refiere que la mentira contiene (en el doble sentido de incluir y acotar) a la verdad que puja por expresarse de algún modo.

Citando a Delia Scilletta en uno de sus últimos trabajos, publicados en Desvalimiento psicosocial, propongo que lo que se expone aquí es un tipo de verdad orgánica. La autora postula que *“la verdad sería aquello sentido en el interior como propio. A partir del mecanismo de fuga la exterioridad se irá conformando a partir de un contexto indiferente.”* (2019, p.85)

La verdad sería una necesidad (como el hambre), o se liga a un dolor (de un estímulo proveniente del interior o del exterior), o se manifiesta como alteración orgánica (funcional, como la apertura de corazón y pulmones en el momento del nacimiento; o patológica, como en pacientes adictos, psicosomáticos, crónicos o terminales).

La verdad orgánica se pronunciaría a través del yo real primitivo cuyo único recurso con el que cuenta es el propio cuerpo. En otras palabras, la verdad orgánica se expresaría a través del cuerpo.

#### **IV. Método**

Se utilizará como instrumento el ADL (Algoritmo David Liberman), método de investigación de la significatividad del discurso basado en las hipótesis psicoanalíticas desarrollado por David Maldavsky (1997,1998, 1999, 2001, 2004, 2006, 2013). Este instrumento es útil para la evaluación de los deseos, las defensas y su estado, en el discurso a partir de las categorías teóricas freudianas.

El ADL toma en cuenta tres niveles de análisis:

- 1) Un nivel de análisis es el de las escenas relatadas por el hablante
- 2) Otro nivel de análisis es el de las escenas que el hablante despliega efectivamente al hablar, esto

es, las acciones que realiza por medio de sus palabras (prometer, insultar, alabar, etc.). Se trata de los actos de habla.

3) El tercer nivel de análisis es el de las palabras que el hablante selecciona y combina.

En esta oportunidad, decidimos aplicar solo dos niveles de análisis: ADL-P y ADL-R.

## **V. Muestra**

Se trata de un paciente adulto de 35 años de edad, adicto a las sustancias tóxicas, específicamente cocaína y marihuana, que se encuentra realizando su segundo tratamiento en forma voluntaria dentro del dispositivo de internación en comunidad terapéutica. Además, el paciente había atravesado los tres primeros meses de tratamiento, entendidos como fase de admisión. De esta condición, se infiere que el paciente tendrá una mayor capacidad de despliegue y un nivel de trabajo terapéutico conductual más elevado que durante los primeros días.

Su familia estaba compuesta por su madre y padre, quienes estaban separados desde que el paciente tenía 5 años, y dos hermanos, con uno de ellos no tenía relación. Además, su abuela materna había estado muy presente en su crianza.

Se utiliza para el análisis del discurso, los escritos del paciente que debía realizar luego de cada salida a la casa del padre. Dichos escritos eran solicitados a los pacientes al regresar a la Comunidad Terapéutica (C.T). Se las llama “devoluciones”, porque el paciente debía hacer una “devolución”, a modo de dar explicaciones y de registrar lo que había hecho, lo que había sentido en cada salida. Además, sirve de registro, como una herramienta para organizar la salida y revisar situaciones en conjunto con el terapeuta.

Recordemos que el paciente había atravesado una primera etapa de admisión, es decir los tres primeros meses, en donde el paciente no tiene salidas a la casa. Por lo tanto, luego de este periodo es que se comienzan a tomar las devoluciones, como muestra.

El fin es poder observar y analizar lo que el paciente manifiesta o deja plasmado en dichas devoluciones, para detectar diferencias y similitudes en su discurso.

Se seleccionó el material teniendo en cuenta la riqueza de la escritura y la cantidad de información observada, ya que algunas devoluciones eran muy breves. Seguramente esta escasez en la información brindada también es significativa. Sin embargo, a fines prácticos y para el análisis de la investigación, se seleccionaron las devoluciones con mayor contenido.

Además, en este caso se utiliza para el análisis dos – la primera y la tercera- de las seis devoluciones analizadas para la investigación, ya que se pone de manifiesto como las defensas van cambiando a lo largo

del tiempo.

### *1. Devolución Septiembre 2014*

Alejandro salió de la C.T. un poco enojado. En el transcurso del viaje fue revirtiendo ese estado. Se sintió bien y contento porque disfrutó de su padre el día de su cumpleaños. En el negocio del padre se sintió confiado.

Pasó por la Peluquería de Pilar –una amiga del barrio- y se sintió reconocido por ella. Luego hicieron las compras, llegaron a la casa del padre y se sintió bien almorzando con él. Descansaron y tuvo una muy buena charla con su madre por teléfono, en donde hablaron de todo. Se sintió escuchado, cuidado, valorado y muy querido, gracias a los consejos de su madre. También pudo ayudar en la organización del cumpleaños del padre, se emocionó porque después de muchos años, pudo darle un fuerte abrazo y un beso junto a su regalo. Esta situación hizo que Alejandro se sintiera realizado. Más tarde fueron a cerrar el negocio y volvieron a su casa en compañía de Marta, la mujer de su padre, y Sofía, la hija de Marta. Cuando llegaron los estaba esperando su hermano Mariano. Se siente muy querido por él, pudieron abrazarse. También fueron sus tíos al cumpleaños del padre, si sintió entendido por ellos, lo recibieron de una manera afectuosa. En un momento, fueron hasta el kiosco con su padre y hermano, se divertieron y conversaron, la pasaron muy bien los tres. En la fiesta de cumpleaños Alejandro se sintió contento y muy feliz porque se divertieron sanamente. Terminaron el día excelente.

Al día siguiente, Alejandro empezó el día con ganas y se sintió bien, tranquilo de estar bien consigo mismo. Fue al kiosco con el padre. También fue con Marta al banco, quien lo ayudó y lo aconsejó. Luego volvió a la C.T. con su padre, durante el viaje conversaron y se divertieron, por lo que llegó de buen ánimo a la C.T., con ganas de poder hablar con su terapeuta y Patricia (psicóloga y la coordinadora terapéutica).

### *3 Devolución Enero 2015*

Alejandro tuvo un buen viaje hasta la casa del padre, en el colectivo habló con una familia de hinchas de San Lorenzo que iban para el club a ver un partido. Antes de llegar a la casa del padre tuvo ganas de consumir e ir a la cancha. Se siente inseguro de ir la cancha y no consumir. Le contó a su padre lo que le pasaba y se sintió entendido y ayudado por él. Más tarde, miraron el partido por TV y la pasaron bien. Luego fueron al Kiosco y ayudó a su padre, dicha situación lo hizo sentir útil. También hizo trámites, fue a pagar al banco, manejando dinero tuvo una sensación extraña. Podemos inferir que se refiere a querer robar, o irse con el dinero, usando para consumir, no es claro lo que dice. Dicha situación la habló con el



padre, y lo ayudó. Habló con su madre por teléfono, lo aconsejó y se sintió cuidado por ella.

Con su hermano también habló por teléfono y planean verse durante alguna salida, se ayudan mucho entre los dos. También habló con el tío de Nancy, una ex novia, quien está trabajando afuera del club de San Lorenzo. El tío lo invito a la casa, se sintió reconocido y valorado por él.

## VI. Resultados

### *Análisis transversal de las devoluciones*

El análisis estará organizado de la siguiente manera, primero se realizará un análisis transversal y luego otro longitudinal.

Este recorrido nos permite observar cuales son los deseos y defensas predominantes en cada devolución, con el fin de hacer una comparación y analizar los cambios que fueron surgiendo en el paciente.

Devolución 1. Septiembre 2014 – Cuarto mes de tratamiento del paciente-

**Cuadro 1. D1: Deseos en el nivel de los relatos**

|              | LI          | O1 | O2          | A1 | A2 | FU          | FG          |
|--------------|-------------|----|-------------|----|----|-------------|-------------|
| 1            | X           |    |             |    |    |             |             |
| 2            |             |    | X           |    |    |             |             |
| 3            |             |    |             |    |    | X           |             |
| 4            |             |    | X           |    |    |             |             |
| 5            |             |    | X           |    |    |             |             |
| 6            |             |    |             |    |    | X           |             |
| 7            |             |    | X           |    |    |             |             |
| 8            |             |    | X           |    |    |             |             |
| 9            |             |    |             |    |    |             | X           |
| 10           |             |    | X           |    |    |             |             |
| 11           | X           |    |             |    |    |             |             |
| 12           | X           |    |             |    |    |             |             |
| 13           |             |    |             |    |    | X           |             |
| <b>Total</b> | <b>3/13</b> |    | <b>6/13</b> |    |    | <b>3/13</b> | <b>1/13</b> |

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 2. D2: Defensas y su estado**

|           | <b>Defensa</b>           | <b>Estado</b> | <b>Patológica</b> | <b>Funcional</b> |
|-----------|--------------------------|---------------|-------------------|------------------|
| <b>1</b>  | Desestimación del afecto | Exitosa       | X                 |                  |
| <b>2</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>3</b>  | Represión                | Exitosa       | X                 |                  |
| <b>4</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>5</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>6</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>7</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>8</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   |                  |
| <b>9</b>  | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>10</b> | Acorde a fines           | Exitosa       |                   |                  |
| <b>11</b> | Desestimación del afecto | Exitosa       | X                 |                  |
| <b>12</b> | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
| <b>13</b> | Acorde a fines           | Exitosa       |                   | X                |
|           | <b>Totales</b>           |               | <b>5/13</b>       | <b>8/13</b>      |

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 3. D1: Escenas centrales**

|           | <b>Defensa</b>          | <b>Erogeneidad</b> | <b>Estado</b> | <b>Función</b> |
|-----------|-------------------------|--------------------|---------------|----------------|
| <b>1</b>  | Desestimación de afecto | LI                 | E             | <b>Central</b> |
| <b>2</b>  | Acorde a fines          | O2                 | E             |                |
| <b>3</b>  | Represión               | FU                 | E             |                |
| <b>4</b>  | Acorde a fines          | O2                 | E             |                |
| <b>5</b>  | Acorde a fines          | O2                 | E             |                |
| <b>6</b>  | Acorde a fines          | FU                 | E             |                |
| <b>7</b>  | Acorde a fines          | O2                 | E             | <b>Central</b> |
| <b>8</b>  | Acorde a fines          | O2                 | E             |                |
| <b>9</b>  | Acorde a fines          | FG                 | E             |                |
| <b>10</b> | Acorde a fines          | O2                 | E             |                |
| <b>11</b> | Desestimación de afecto | LI                 | E             | <b>Central</b> |
| <b>12</b> | Acorde a fines          | LI                 | E             |                |

|           |                |    |   |  |
|-----------|----------------|----|---|--|
| <b>13</b> | Acorde a fines | FU | E |  |
|-----------|----------------|----|---|--|

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4. D1: Deseos en el nivel de las palabras

|           | ADL-percentil | ADL-porcentaje |
|-----------|---------------|----------------|
| <b>LI</b> | 90            | 6%             |
| <b>O1</b> | 0             | 3,8%           |
| <b>O2</b> | 99            | 30%            |
| <b>A1</b> | 85            | 5,3%           |
| <b>A2</b> | 0             | 14%            |
| <b>FU</b> | 90            | 20,5%          |
| <b>FG</b> | 95            | 19%            |

Fuente: Elaboración propia

Al observar estos resultados (cuadro 1) decimos que en los relatos hay un predominio de O2 (6/13), luego siguen LI y FU, por último se manifiesta FG.

A nivel defensivo (cuadro 2) observamos que tanto las defensas funcionales como las patológicas son exitosas. Obteniendo un total de 10 defensas funcionales, y 3 defensas patológicas, específicamente 2 pertenecen a la desestimación del afecto, y una a la represión.

Por lo tanto, se observa cómo el paciente, logra comunicarse desde los afectos y sentimientos, apelando a recursos afectivos para dirigirse a su interlocutor. Asimismo, la gran presencia de O2 se relaciona con la aspiración del paciente por conseguir el reconocimiento de los otros. Estos recursos se combinan con defensas funcionales cuando se refiere a estados de ánimo (“estar bien” y “contento”, “sentirse querido”, “sentirse emocionado”). Las defensas patológicas surgen con la combinación de los deseos LI y FU. Por ejemplo, cuando el paciente hace referencia al cambio en su estado de ánimo durante el camino de la C.T. a su casa, o cuando dice que comienza el día “con ganas”, para referirse a sentirse energizado. En cuanto a los deseos FU, se combinan con la represión exitosa cuando se refiere a un acercamiento a su padre, confiado. El contraste entre el deseo O2 con defensas funcionales y los deseos FU y LI con defensas patológicas habla de su posibilidad de expresar sin conflictos sus sentimientos, mientras que tanto los estados somáticos como el acercamiento al padre son expresados desde el conflicto, siempre con un desenlace eufórico.

En esta devolución se expresan tres temáticas que se observan en los relatos centrales (Cuadro 3) en donde

se detecta el deseo de sentirse apreciado y reconocido por los demás. Entonces, en el relato 1 (R1) se observa que el paciente está en conflicto con lo que le ocurre, pero logra estabilizarse rápidamente. En el R7 el paciente habla del lo bien que lo pasa en el cumpleaños del padre, a lo largo de toda la devolución comenta situaciones que vive y siente con el padre. En este relato particularmente habla de una cierta armonía familiar, lo cual parecería que le permite estar tranquilo. En el R11 observamos un equilibrio de tensiones y una cierta recuperación del equilibrio intrasomático.

En el nivel de las palabras (Cuadro 4) los percentiles obtenidos dan todos por fuera del rango. Con valores por sobre la media (45), lo que sería el equivalente a la presencia de defensas patológicas. Hay una relación en lo que respecta al nivel alto de O2. Sin embargo, hay diferencias entre los relatos y las palabras, ya que en los relatos no se obtiene registro de A1. Asimismo, A1 muestra la presencia de un yo especulativo proyectado que tomó el organismo de aquel (despojado de una identidad) como objeto.

En lo que respecta a las palabras utilizando la calibración, vemos más similitudes con respecto a los porcentajes de los relatos, por ejemplo en FU ya que presenta valores altos, haciendo referencia a la rutina. Hay una diferencia con respecto a LI que se mantiene con valores bajos en las palabras. Resulta llamativa la ausencia de O1 y A2. Ambos deseos remiten a la eficacia del pensar, en un caso ligado al pensamiento abstracto (O1) y en el otro, al concreto (A2). La ausencia de estos deseos puede remitir a fracasos en el proceso de pensamiento. Estos deseos tampoco están presentes en el nivel de los relatos.

Como palabras representativas de O2 encontramos los adjetivos de “enojado”, “contento”, también están presentes verbos como “sentir”. Los deseos FU se encuentran representados por los verbos “salí”, “confiado”, “aconsejar”, o adjetivos como “tranquilo”. En cuanto a los deseos FG están los adjetivos “bien”, “muy”, y los verbos como “darle”, “feliz”, y sustantivos como “cumpleaños”, “peluquería”. En cuarto lugar están los deseos A2, representados con el adverbio “porque”.

En quinto lugar están los deseos LI, con verbos como “ganas”, “revertir”. En sexto y séptimo lugar encontramos a los deseos A1 y O1 con verbos como “divertirse” y “entendido” respectivamente.

Asimismo, en este caso, pensamos que el verbo “salir”, podría implicar un riesgo de catástrofe, sea por un lugar dejado atrás, que puede parecer una aniquilación. Cada vez que sale de la comunidad queda a merced de un mundo hostil y peligroso, junto con personajes siniestros sin empatía. Estos personajes aparecen como sustitutos de un vínculo de familiaridad, como expresión de su falta de sentimiento de sí, a la captación de su matiz afectivo.

Devolución 3. Enero 2015 – Octavo mes de tratamiento del paciente-

**Cuadro 5. D3: Deseos en el nivel de los relatos**

|              | LI         | O1 | O2         | A1 | A2 | FU         | FG         |
|--------------|------------|----|------------|----|----|------------|------------|
| 19           | X          |    |            |    |    |            |            |
| 20           |            |    |            |    |    | X          |            |
| 21           |            |    |            |    |    |            | X          |
| 22           | X          |    |            |    |    |            |            |
| 23           |            |    | X          |    |    |            |            |
| 24           |            |    | X          |    |    |            |            |
| 25           |            |    |            |    |    |            | X          |
| 26           | X          |    |            |    |    |            |            |
| 27           | X          |    |            |    |    |            |            |
| <b>Total</b> | <b>4/9</b> |    | <b>2/9</b> |    |    | <b>1/9</b> | <b>2/9</b> |

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 6. D3: Defensas y su estado**

|    | Defensa                  | Estado    | Patológica          | Funcional    |
|----|--------------------------|-----------|---------------------|--------------|
| 19 | Desestimación del afecto | Mixta     | X                   |              |
| 20 | Represión                | Mixta     | X                   |              |
| 21 | Represión                | Exitosa   | X                   |              |
| 22 | Desestimación del afecto | Fracasada | X                   |              |
| 23 | Acorde a fines           | Exitosa   |                     | X            |
| 24 | Desmentida               | Exitosa   | X                   |              |
| 25 | Represión                | Exitosa   | X                   |              |
| 26 | Desestimación del afecto | Mixta     | X                   |              |
| 27 | Desestimación del afecto | Mixta     | X                   |              |
|    | <b>Totales</b>           |           | <b>8/9 4M.3E.1F</b> | <b>1/9 E</b> |

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 7. D3: escenas centrales**

|    | Defensa                 | Erogeneidad | Estado | Función |
|----|-------------------------|-------------|--------|---------|
| 19 | Desestimación de afecto | LI          | M      | Central |
| 20 | Represión               | FU          | M      |         |
| 21 | Represión               | FG          | E      | Central |
| 22 | Desestimación de afecto | LI          | F      |         |
| 23 | Acorde a fines          | O2          | E      |         |
| 24 | Desmentida              | O2          | E      |         |

|           |                         |    |   |                |
|-----------|-------------------------|----|---|----------------|
| <b>25</b> | Represión               | O2 | E |                |
| <b>26</b> | Represión               | FU | F |                |
| <b>27</b> | Desestimación de afecto | LI | M | <b>Central</b> |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 8. D3: Deseos en el nivel de las palabras

|           | <b>ADL-percentil</b> | <b>ADL-porcentaje</b> |
|-----------|----------------------|-----------------------|
| <b>LI</b> | 99                   | 11,36%                |
| <b>O1</b> | 0                    | 9,36%                 |
| <b>O2</b> | 99                   | 32,52%                |
| <b>A1</b> | 45                   | 3,32%                 |
| <b>A2</b> | 5                    | 17,15%                |
| <b>FU</b> | 80                   | 18%                   |
| <b>FG</b> | 5                    | 8,28%                 |

Fuente: Elaboración propia

En referencia a la tercera devolución en el nivel del relato (cuadro 9) predomina LI (4/9), luego lo sigue O2 y FU, por último queda FG con (1/9), entendiéndose que los valores bajos de O2 hacen referencia a la pérdida de capacidad del paciente para hablar de lo que le pasa, desde los afectos. Con un valor regresivo por el predominio de LI.

En el caso de las defensas (cuadro 6), a diferencia de lo observado en D1 y en D2, predominan las defensas patológicas, por sobre las funcionales (1/9). En lo que respecta a las patológicas, se encuentran la desestimación del afecto, la desmentida y la represión, con estados diversos: tres mixtas, tres exitosas y dos fracasadas. Observamos que en esta devolución las defensas comienzan a fracasar.

En el caso de la desestimación del afecto no hay ninguna exitosa, por lo tanto la defensa está claudicando, conservando la omnipotencia por medio de rodeos. Ahora bien, cuando esta defensa cae, aparece la angustia automática, el consumo, el robo, la autodestrucción, conductas que tienen que ver con las patologías del desvalimiento.

En lo que respecta a los relatos centrales (cuadro 7), podemos observar dos temáticas importantes, una tiene que ver con la necesidad de tener una familia unida. Observamos que luego del R19 en donde Alejandro manifiesta ver y conversar con una familia de hinchas del club de San Lorenzo, del cual tanto el hermano, como el padre eran fanáticos, algo en él se derrumba. Se puede inferir que al ver a una familia identificada entre sí, en donde todos están unidos por algo en común de modo genuino, fracasa la defensa y

reaparece el deseo de consumo.

En el R21 otra vez cuenta una escena con el padre, quien aparece como figura contenedora que lo escucha y ayuda, con respecto a pensamientos que lo perturban. En el caso de R27 los pensamientos perturbadores sobre el consumo y los flashback hacen que no pueda encontrarse con un otro. El paciente pretende lograr una armonía que se ve interrumpida, y por lo tanto se va desorganizando y perdiendo estabilidad.

Luego de esta devolución, en la cual Alejandro muestra su intento de equilibrar tensiones, sucede la recaída. Subrayamos que el análisis de esta devolución pone de manifiesto un cambio significativo en cuanto los mecanismos de defensa. Este cambio, de defensas funcionales a patológicas detectado por el método ADL nos lleva a identificar en el método un valor predictivo de la recaída posterior.

En el nivel de las palabras (cuadro 8) los percentiles de LI, O2 y FU dan fuera del rango, al igual que en la devolución número dos. En el caso de A1 también tiene valores por sobre la media (45), y A2 junto con FG continúan con valores bajos.

La diferencia con respecto a las palabras en cuanto al cálculo en porcentajes, utilizando la calibración, es que LI quedaría ubicado en un cuarto lugar, y el segundo valor predominante es FU. La diferencia sería la presencia de O1 (9,36%) y de A2 (17,15%), que en el nivel de los percentiles da 0.

Entre las palabras que son representativas del lenguaje FU encontramos, “familia”, “inseguro”, “poder”, entre otras. Como palabras representativas de A2 encontramos palabras como “trabajar”. Los deseos LI se encuentran representados por las palabras “consumir”, “pagar”, “viajo”, “atormentar”, “ganas” por estar ligados a estados corporales, dolor y agotamiento físico. En cuanto a los deseos O1 están los verbos como “conté”, por esta asociado a una confesión. Los deseos FG están representados con verbos como “entendió”, “ayudo”, “invito”. Por último, los deseos A1 están representados en la palabra “joden”, por ejemplo.

#### *Análisis de los mecanismos de defensa*

Como se señaló anteriormente, se observa que al comienzo de las devoluciones la defensa acorde a fines se hace muy presente, por lo general acompañada de un deseo O2, quedando la defensa patógena removida por otra. Esto es así porque el paciente encuentra soluciones para evitar posibles problemas que lo lleven al consumo de sustancias o al abandono del tratamiento. El paciente intenta rechazar la realidad dolorosa manteniendo el sentimiento de omnipotencia del yo y la identificación con el ideal. Cuando esta defensa es exitosa Alejandro se siente querido, comprendido, reconocido y contento con él mismo.

Sin embargo, pese a los intentos de evitación, poco a poco las demás defensas patológicas van tomando mayor protagonismo.

Es a partir de la tercera devolución que las defensas comienzan a fracasar, y tanto la desestimación del afecto como la desmentida se ven en aumento. Lo que sucede a partir de este momento, parece que tiene que ver con el fracaso de la defensa, ya que caen los juicios de atribución. Dice Freud que una de las dos funciones del juicio consiste en atribuir una propiedad a una cosa. “La propiedad sobre la cual se debe decidir puede haber sido originalmente buena o mala, útil o dañina” (Freud 1925h, p. 254). Para Freud, lo primero no es si algo existe o no existe, sino si algo me gusta o no me gusta. El sujeto se constituye a partir de una atribución. Entonces, Freud expone que el punto de origen no es un juicio exacto sobre lo verdadero de las cosas, sino un juicio de atribución relacionado con el placer y el displacer. Es decir, el yo se constituye en ese juego de inclusión/exclusión regido por el principio del placer.

Por lo tanto, y en este caso, cuando Alejandro se encuentra con una familia de hinchas de San Lorenzo, esto parece funcionar como un golpe de realidad en comparación con su propia familia. El paciente le atribuía propiedades a su familia, al igual que a sí mismo, entonces el encuentro con algo real, con una familia unida e identificada, genera la caída de los juicios de atribución otorgados a su familia, haciendo presentes los juicios de existencia. Este juicio consiste en el examen de la realidad para convencerse de que está ahí el objeto que se percibió una vez y que produjo satisfacción.

Consecuentemente, decimos que el Yo del paciente queda en conflicto, ante la actividad crítica del superyó, al ponerse de manifiesto que la realidad sobre su familia, está muy alejada del ideal construido. El yo desea ser reconocido por el superyó, sentirse amparado por el mismo. El origen de este deseo está relacionado con el vínculo de amor de los hijos con el padre y la madre. El deseo de ser reconocido y amado por los padres pasa a ser una aspiración del yo con respecto al superyó. Por lo tanto, cuando Alejandro producto de la vigencia del principio de realidad, toma conciencia de la falta de presencia concreta de su familia, así como de unión y afecto, como también de su propia fragilidad, su Yo comienza a tambalear, así como su estructura narcisista. Oscilando entre un sentimiento de poder y de inferioridad, como también se lo ve fluctuando entre el orgullo y el sentimiento de culpa, en su accionar.

Por lo tanto, se plantea el señalamiento de un derrumbe del paciente, no solo por la recaída que sucede luego de esta devolución, sino porque además, en varios relatos da cuenta de sus pensamientos perturbados: “quiso ir al club”, “se sintió inseguro”, “decidió no ir”, o “le contó al padre sobre sus pensamientos de consumo”, “estar limitado lo pone mal”, y “lo atormentan los flash”. Luego de todos estos dichos el paciente consume y se lo cuenta al padre tiempo después. Se observa, como la percepción, por parte del Yo, de satisfacciones pulsionales excesivas produce displacer en el aparato psíquico y por eso intenta rechazarlas como defensa.



La angustia se presenta como estado de terror y pánico. El pánico corresponde al temor por la fragmentación del cuerpo (como todo abstracto) ante la pérdida de su elemento cohesionador. El terror, según Freud (1921c), es el estado hipnótico de parálisis ante un enemigo que habrá de aniquilar al yo. (Maldavsky, 1999, p.130)

Además, vemos que la desmentida se ubica al servicio de creer lo que plantea sobre el vínculo con el padre. Por eso, logra mantener el equilibrio narcisista al manifestarse entendido por el padre, al poder hablar de lo que le pasa. La desmentida refuta la realidad psíquica percibida por el paciente, por eso el retorno de lo desmentido se manifiesta en el síntoma. El recurso al que esta defensa apela para rechazar una realidad consiste en otras realidades idealizadas, algunas solo ilusorias (como alguna creencia mágica), y otras más desconectadas del mundo, como algunas argumentaciones estafalarias, o absurdas empleadas para desmentir.

Cabe señalar, que todas las salidas que Alejandro tenía autorizadas eran a la casa del padre, entonces cuando el padre se va de vacaciones Alejandro no tiene a donde ir, coincidiendo con su recaída. Por lo que se infiere que Alejandro se nutría de este padre, o de la vitalidad del mismo, a modo de un apego desconectado. Entonces cuando el padre se va, Alejandro se queda sin un lugar a donde poder ir, es decir se queda sin lugar para poder refugiarse.

Por otra parte, la madre de Alejandro no le ofrece un lugar de contención, no lo aloja, ya sea por falta de tiempo, enfermedad o por alguna otra razón. Se infiere que Alejandro se esforzaba por creer las mentiras de su madre, que se expresa en el intento de persuadir al interlocutor. Pero no lo puede sostener y las mentiras se le imponen.

Ahora bien, tanto la desmentida como la desestimación del afecto, son defensas que requieren de un soporte en el mundo, demandan intersubjetividad: el otro pasa a ser el destinatario de una venganza, de un sacrificio, de las expresiones falsas, de las tentativas de obtener una ganancia de placer orgánico y/o de dinero.

En este caso, podemos decir que la desmentida se despliega al hablar sobre el padre y la desestimación del afecto se hace presente al hablar de la madre o de "su familia" en general, temática a la que alude constantemente.

Durante un tiempo este andamiaje defensivo vincular es exitoso, pero finalmente fracasa y se hace evidente ante el abandono del tratamiento, observando la eficacia de la desvitalización, dándose de baja a sí mismo. La desmentida coloca como formación sustitutiva a una droga, en el esfuerzo de refutar un juicio traumatizante y así la actividad autoerótica fálica es sustituida o complementada por la ingesta.

Otra defensa patológica es la represión. Se hace presente cuando el paciente habla sobre situaciones en las cuales se puso límites, en donde por momentos parece comprender que corre riesgo si se expone a situaciones en donde perderá el control. En varios fragmentos prevalece un clima de colaboración y comprensión con respecto al padre.

Freud (1923b), postula que cuando se reprime el sadismo del superyó, aparece en primer plano su contrapartida, el masoquismo del yo. Esto es lo que sucede en la actividad adictiva, en que el masoquismo del yo resulta evidente, y el goce sádico del superyó se disfraza, y a veces aparece proyectado, mudo. (Maldavsky, 1992, p.91)

En lo que representa al estado de las defensas, se observa que el estado exitoso es notoriamente alto, entre defensas patológicas y funcionales. El éxito de la defensa se presenta como vivencia triunfalista de conocer las claves para descifrar una realidad, sobre todo la compuesta por la mente de los demás.

El estado mixto de la defensa se hace presente en la tercera devolución, y todas tienen que ver con defensas patológicas, y el estado fracasado sostiene valores bajos.

Se observa que el estado mixto aparece cuando el paciente habla de lo que le pasa, pero rápidamente vuelve a recurrir a la desmentida exitosa para sostener su discurso falso.

### *Intentos de persuasión*

En este apartado, es de interés señalar específicamente lo que se detecta como intentos de persuasión. De lo analizado anteriormente, se infiere que Alejandro utilizó el lenguaje O2 como elemento de manipulación afectiva hacia sus interlocutores, en este caso la terapeuta y el equipo de la comunidad.

Globalmente, se observa un rasgo de carácter del paciente, tendiente a la escasa claridad con que expone los problemas, manifestando una fuerte ambigüedad, lo cual dificulta comprender qué le sucede. Muchos de los relatos, terminan con frases tales como: “se sintió bien y contento”, “se sintió confiado”, “se sintió reconocido”, en donde lo confuso tiene que ver con la dificultad con el uso de esas variaciones, lo que hace es sospechar en un discurso inconsistente.

Por ejemplo, cuando habla de que se sintió (O2) confiado, tiene más que ver con sentirse seguro y por eso se analiza como un deseo FU. Al señalar esto como un rasgo de carácter, afirmamos que Alejandro no muestra sus verdades de una forma clara o las intenta ocultar. Podemos decir que la ambigüedad, tiene un dejo de negatividad ya que implica que no es del todo honesto o sincero, si no que oculta su fragilidad subjetiva bajo diversas facetas, expresiones o formas de pensar.

En conclusión podemos afirmar que el paciente utiliza el lenguaje afectivo (O2) para persuadir y engañar

(O1) al otro y a sí mismo, apuntando a convencer y convencerse sobre su anhelo de mejorar, intentando conservar cierta unidad narcisista.

Sin embargo, aparece la necesidad de consumo (LI) como un acto o recurso último, frente a la claudicación subjetiva.

### *Estilo predominante en el discurso*

Como se indicó anteriormente en los pacientes con adicción predominan tres tipos de discursos: el inconsistente, el catártico y el especulativo. (Maldavsky, 1994).

El estilo inconsistente es un tipo particular de discurso que contiene la apariencia de una riqueza expresiva. Sin embargo es copia o plagio de otro, o corresponde a la mimetización sobreadaptada con lo que el paciente supone que su interlocutor espera escuchar, pero sin que pueda expresarse su subjetividad. La falta de esta última, resulta ser encubridora, dejando entre ver una falta de compromiso, carente de intimidad.

Según Maldavsky este tipo de discurso, tiene su equivalente en el plano motriz, en donde aparece un despliegue de movimientos rígidos y poco naturales, que tiene como contrapartida cuando fracasa este recurso de la fachada, la aparición de movimientos incoordinados, a veces espasmódicos. Tales movimientos constituyen la presentación más sugerente y representativa del desamparo anímico, central en este tipo de pacientes. A su vez, constituyen un modo defensivo contra el propio arrasamiento y el dejarse morir.

En el caso de Alejandro, el discurso “coherente” en apariencia, se ve interrumpido por los estallidos de furia, la catarsis, la banalización y las referencias a cuestiones económicas o somáticas. Maldavsky (1997) alerta contra esta presentación inconsistente, dado que la misma puede fascinar al analista, el cual corre entonces el riesgo de creer que el tratamiento avanza exitosamente, mientras que en el paciente se agravan sus prácticas de autosupresión anímica mediante la alteración somática.

Entonces, por un lado, se observa un discurso inconsistente y por otro, momentos de quiebre de la fachada. Es por ello, que en este tipo de discursos se caracterizan por presentar una fachada no creíble, no representativa del paciente, con la cual tampoco se identifica.

Ahora bien, el discurso catártico se observa ante la intención de Alejandro de eliminar no solo el problema del consumo, mostrándose muy superado con el tema, sino que también intenta eliminar cualquier intervención del interlocutor, en este caso del terapeuta.

El valor otorgado a la palabra como descarga de tensión y no como palabras para establecer un nexo

también es un rasgo característico del discurso catártico que consiste en privilegiar la necesidad de descarga pulsional: en este caso por ejemplo, por medio de la ingesta. Como si fuera un intento de ligar un exceso de tensión, surgida por algún acontecimiento. Asimismo, el lenguaje catártico surge como indicador de una defensa fallida frente al trauma.

Teniendo en cuenta lo señalado hasta ahora, podemos afirmar que Alejandro escribía en sus devoluciones varias mentiras. Propone percibir lo no perceptible, se opone a los otros que habitan el ámbito terrestre, pretendiendo introducir la realidad de lo no captable por la percepción.

#### *Acerca del estudio de la falsedad del discurso en las adicciones*

Este punto nos invita a pensar qué pasa con el discurso del paciente adicto y la falsedad que se observa en el mismo. En estas instancias podemos afirmar que el paciente muchas veces miente, ahora bien, “nos miente” “se miente”, es un engaño al terapeuta o un autoengaño en el que la propia percepción de la realidad se ha modificado para sostener un determinado concepto del yo. Ahora bien ¿cuáles son las consecuencias que podría acarrearle al sujeto decir la verdad? Muchas veces, estas mentiras son absurdas por ser insostenibles o contrapuestas con lo que manifiesta el paciente.

Al mismo tiempo parece que no puede evitar promover engaños, que luego lo dejan en un estado de desamparo y de allí al consumo o a la violencia hay un pequeño paso que debe dar.

También, decimos que se debe tener en cuenta al sujeto que elige creer, es decir las mentiras comprenden una escena intersubjetiva, por eso para comprender bien la mentira hay que saber quién es su destinatario, en este caso los terapeutas, y/o su familia. Por dicha razón, otro punto interesante a tener en cuenta es vínculo terapéutico y analizar también su discurso.

Para finalizar sobre este punto, decimos que en los pacientes adictos analizar sus relatos, y poder compararlos con sus acciones implica detectar, en muchos casos, justamente la mentira. Habrá que distinguir cuál es la finalidad en cada caso.

Si decimos que el discurso falso o mentiroso, muchas veces tiene que ver con el autoengaño, es lo que dificulta la sucesiva toma de conciencia que se requiere para aceptarlo, y trabajar con ello. Asimismo, la mentira funciona como mecanismo defensivo adaptada, se automatiza la mentira, como un rasgo, para justamente evitar que dicha mentira pase el filtro conciencia que hace sufrir al sujeto. Recordemos la importancia que tiene la forma en que sujeto adicto percibe al mundo, suponiendo que la mentira es una forma de sobrellevar situaciones de la vida que le son insoportables. Así parece que aprende a mentir sistemáticamente, como una respuesta adaptativa a su vida, en donde debe justificar comportamientos

socialmente inaceptables. En síntesis, el sujeto adicto termina por anular su subjetividad y queda enmarcado en un sujeto insincero y mentiroso, ya que su discurso carece de singularidad y matiz afectivo.

#### *Resultados obtenidos con el ADL*

Con respecto al análisis de los relatos observamos que el deseo O2 se encuentra muy presente en la primera devolución, pero luego va perdiendo protagonismo. A medida que disminuye O2 aumenta en una proporción opuesta los deseos LI y O1.

Ahora bien, en lo que respecta a las coincidencias y divergencias inter-niveles, presentando así una integración de todo lo encontrado con las herramientas del método ADL. En principio destacamos la presencia del deseo O2 en los dos niveles de análisis (ADL-R y ADL-P), con valores significativos. En el caso de las palabras con el cálculo del percentil, LI siempre está por fuera del rasgo. Pero en lo que tiene que ver con el cálculo de calibración LI se presenta con valores medios a bajos en ambas devoluciones. Por lo contrario, O1 es nulo, en el nivel de los relatos, y sí tiene valores en las palabras. Recordemos que la recaída del paciente se da luego de la tercera devolución, y luego habla del tema con el padre.

Con respecto a FU se mantiene en los relatos con un nivel medianamente significativo, siendo más importante su valor a nivel de las palabras. En el caso de A2 no se hace presente en los relatos, pero sí obtiene valores más significativos en las palabras con el cálculo de calibración. Una discordancia importante se ubica en FG, cuya presencia es más significativa en las palabras, que en los relatos.

Al observar la combinación de los diferentes niveles de análisis, se expone la complejidad del discurso de este tipo de pacientes, y consecuentemente, permite entender los fallos clínicos que promueven. Por eso, señalamos la importancia de las diferencias entre las palabras y relatos, y entendemos que tales diferencias permiten distinguir las escenas relatadas y el acto de escribir sobre ellas. En este sentido, es posible que los relatos muestran los deseos que el paciente atribuye a los diferentes personajes, mientras que en las palabras expresan sus deseos al momento de escribir cada Devolución.

#### **VII. Conclusiones**

En este trabajo intentamos poner de manifiesto los resultados del estudio de las secuencias narrativas, de las palabras y de los nexos que existen entre ellas. Así como la combinación de las corrientes psíquicas que aparecen en pacientes con problemas de adicciones.

Además, se pone de manifiesto la importancia de la observación y del análisis de cómo va transitando el paciente su tratamiento. Teniendo en cuenta, de forma conjunta los sucesos observables por fuera de las

sesiones, pensados como síntomas visibles, y lo que el paciente plasma en su escritura.

Por lo tanto, este artículo pone en valor las devoluciones como un registro escrito de las vivencias del paciente por fuera de la institución. Asimismo, resignifica cualquier otro tipo de material escrito que se le solicite al paciente. Si bien se afirmó que en muchas ocasiones el paciente intentó persuadir a los terapeutas de la Comunidad Terapéutica y sus padres de su mejoría y recuperación a través de la escritura, también podemos afirmar que no todo lo que el paciente ha dicho es mentira, ni falso. Por eso es importante detenerse y analizar las expresiones del paciente, ya sean orales o escritas.

En conclusión, como se ha destacado anteriormente, en el nivel de los relatos como en las palabras, se observa la presencia de deseos O2, ya que el paciente hace referencia a sus estados afectivos, manifestando emociones y expresando sentimientos. Sin embargo, su discurso muchas veces no coincide con el contenido histórico de su vida, así como tampoco concuerda con sus actos dentro de la Comunidad Terapéutica. Ahora bien, notamos que cuando que el deseo O2 comienza a desvanecerse, se hace más presente el lenguaje LI. En estos momentos se evidencia que el paciente va perdiendo los recursos para sostener su discurso inicial; del cual, se infiere intenta convencer a su interlocutor de su bien estar y autoconvencerse.

Asimismo, estos deseos tienen que ver con la eliminación de los matices afectivos y su reemplazo por emociones lindantes con lo orgánico. Así como O1 se relaciona con la desconexión del mundo y su sustitución por procesos puramente cognitivos.

Entonces cuando el paciente recae en el consumo, son acciones que quedan vinculadas a la necesidad de mantener una alteración interna. Alejandro usa a la droga y el recurso de la alteración interna como elemento químico que le permite anestesiarse, forma de desestimar los afectos, que lo llevan a la alteración interna LI.

En el nivel de los relatos, el deseo FU se manifiesta en tercer lugar, que pone de manifiesto su exigencia para desarrollar medidas que le sirvan para evitar el consumo, o el robo. Para ello muchas veces utiliza al padre, como barrera protectora para escaparse de dichas situaciones. A nivel de las palabras el deseo FU tiene presencia en ambas devoluciones.

En cuanto al deseo FG tiene valores bajos en los relatos, y presenta valores de bajos a nulos a nivel de las palabras. Como se indicó anteriormente, la idea de poder embellecer su historia y sus pensamientos, se ve interrumpida, implicando un esfuerzo para el paciente.

Alejandro manifestaba sus intenciones de cambio, sin embargo, los hechos muestran que este discurso parece ser más un intento de hacer creer a quienes están a su alrededor, su intención de cambio y mejoría.

Pero también funciona como un intento de creer en esa versión de sí mismo.

En el plano de las defensas, más de un tercio es acorde a fines, predominando el éxito de las defensas tanto patológicas como funcionales.

La desmentida se observa generalmente en un estado exitoso, o mixto, en la tercera devolución es donde se la observa fracasada. Lo mismo sucede en el caso de la desestimación del afecto se observa fracasada y mixta a partir de la tercera devolución, en donde comienza a hacerse presente.

Estas defensas intentan encubrir algo de la realidad psíquica que se vuelve insoportable, sobre todo cuando hace referencia al consumo, a los episodios de flashback, y a sucesos corporales.

Teniendo en cuenta las dificultades del paciente para sobrellevar la realidad de su familia, y las propias, las defensas patógenas –desmentida y desestimación del afecto- se sitúan en estado exitoso, lo cual permite un sostén en el equilibrio narcisista, tomando distancia de las situaciones verdaderas y sin hablar de su estado anímico.

Asimismo, la defensa predominante en los episodios en donde predominan los deseos FU y FG es la represión, como se puede advertir, son aquellos deseos que buscan dar una imagen embellecida o funcional. Entonces decimos, que Alejandro logra mantener cierta unidad en su discurso, unidad que se va perdiendo, a lo largo de las devoluciones, mientras manifiesta actos hostiles para consigo mismo.

Luego de realizar el análisis de las devoluciones y establecer las diferencias entre ellas, notamos que es a partir de la tercera devolución que estas defensas se muestran fracasadas o mixtas.

Por lo tanto, es a partir de ese momento que el paciente comienza a desarmarse y donde sucede la recaída por consumo de marihuana. Luego, le confiesa este hecho al padre, pero las defensas patológicas van en aumento ya que no puede sostener el equilibrio narcisista. El paciente hace un intento por engañar o engañarse, para encontrar algo que lo sustente, para no angustiarse, pero una y otra vez se choca con una realidad imposible de ocultar y la defensa fracasa. Esto se acentúa aún más en el encuentro con los hinchas de San Lorenzo, en donde el choque con una familia unida e identificada pareciera actuar como fusible para el salto a la verdad sobre su propia familia, con características disfuncionales, violentas y con vínculos tóxicos en desintegración constante.

Para finalizar, podemos afirmar que dicho artículo valoriza el ADL, como método que detecta elementos predictivos respecto de la recaída en pacientes con problemas de adicciones. En este caso concluimos que la tercera devolución anuncia lo que va a pasar con respecto a la recaída.

Los resultados obtenidos arrojan datos que validan dicha afirmación, ya que cuando el paciente manifiesta determinados deseos y defensas, hace alusión a su estado de desorganización y la posterior recaída. El ADL

resulta fundamental a la hora de analizar y detectar elementos más profundos en el discurso del paciente, que en el plano de las manifestaciones se observan como banalidades e imprecisiones.

### Bibliografía

- Coronel, C. (2013) "Estudio comparativo de las defensas localizadas en el discurso de una adolescente con adicción grave". *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 17, N° 1. Pág. 70- 96
- Freud, S. (1914d) *Recordar, repetir y reelaborar*, AE, XII
- \_\_\_\_\_ (1915c) *Pulsiones y destinos de pulsión*, AE, XIV
- \_\_\_\_\_ (1915d) *La represión*, AE, XIV
- \_\_\_\_\_ (1926d) *Inhibición, Síntoma y Angustia*, en AE, XX
- \_\_\_\_\_ (1930a) *El malestar en la cultura*, AE, XXI.
- Kazet, R. (2003) "El algoritmo de David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis". *Subjetividad y Procesos Cognitivos* (pp. 130-152)
- \_\_\_\_\_ (2016) "Estudio del cambio psíquico en un caso de neurosis traumática temprana, en la adultez". *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Vol. 20 N° 1. Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2019) "Aportes de David Maldavsky a la comprensión de las neurosis traumáticas". *Actualidad Psicológica* N° 486, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. (1986a) *Estructuras Narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1990a) *Procesos y estructuras vinculares*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires, Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1995a) *Pesadillas en vigilia: sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires, Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1995b) *Linajes abúlicos*. Buenos Aires, Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1998b) *Lenguajes del erotismo*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- \_\_\_\_\_ (1999a) *Lenguaje, pulsiones y defensas*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- \_\_\_\_\_ (2006) "Categorías e instrumentos diagnósticos en la clínica psicoanalítica. La detección de la fijación libidinal y la defensa con el algoritmo de David Liberman". *Subjetividad y procesos cognitivos*, Vol. 8, pp. 173-203.
- \_\_\_\_\_ (2009) "Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia". *Subjetividad y Procesos cognitivos*, Vol. 13, pp.90-143.



\_\_\_\_\_ (2010) “Contribuciones del diccionario computarizado del ADL a las investigaciones clínicas”, *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 14, N° 2, pp.143-157.

\_\_\_\_\_ (2013) *ADL: Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*, Buenos Aires. Paidós

Maldavsky, D. et al. (2000) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001

Maldavsky, D., Magraner, B. et al. (2015) “La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo”, *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*.

Moreira, D. (1995) *Psicopatología y lenguaje en psicoanálisis, psicósomática, autismo y adicciones*. Buenos Aires: Homo Sapiens.

Neves, N., Hasson A. (1994) *Del suceder psíquico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Plut, S. (2010) “Se me dizes que vais a Cracovia”, *Psicanálise*, Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, Vol. 12, N° 1.

Quiroga S. (1994) *Patologías de la autodestrucción en la adolescencia*. Buenos Aires. Ediciones Kargieman.

Roitman, C. (1993) *Los caminos detenidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.