

Resultados parciales de la aplicación de una “clasificación de pacientes adictos a drogas”. Clase todopoderosos e imposibles.

Milán, Teresita Ana, Ressia, Iris Del Valle y
Sanchez, Maria De Los Angeles.

Cita:

Milán, Teresita Ana, Ressia, Iris Del Valle y Sanchez, Maria De Los Angeles (2012). *Resultados parciales de la aplicación de una “clasificación de pacientes adictos a drogas”. Clase todopoderosos e imposibles. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/235>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/1tC>

RESULTADOS PARCIALES DE LA APLICACIÓN DE UNA “CLASIFICACIÓN DE PACIENTES ADICTOS A DROGAS”. CLASE TODOPODEROSOS E IMPOSIBLES

Milán, Teresita Ana - Ressia, Iris Del Valle - Sanchez, Maria De Los Angeles

Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis

Resumen

Se presentan resultados parciales de un Proyecto de Investigación en desarrollo en la UNSL. El objetivo general se centra en la aplicación de la clasificación de “Clases de pacientes adictos a drogas” (Milán, 2009) en la casuística que surge del Programa “Investigación y Orientación Psicológica para sujetos que consumen drogas”, el que se lleva a cabo en el Centro Interdisciplinario de Servicios, Facultad de Ciencias Humanas. El procedimiento abarcó la descripción del funcionamiento psíquico adicto, el análisis del material clínico y su correspondencia o no, con alguna de las Clases de la clasificación.

Se expone el análisis de un caso clínico tomando como referencia algunas categorías de análisis. Se presenta una síntesis del proceso de comparación entre el análisis del caso clínico y la clase de “Pacientes Todopoderosos”, la que se organiza alrededor de la certeza en el poder que les otorga la adhesión a una ideología de la omnipotencia. Bajo la conducta del consumo subyace una fantasía inconsciente de ser extraordinarios, en lo que basan su convicción de dominio sobre los otros. Algunos aspectos del material clínico pueden comprenderse desde la clase de “Pacientes Imposibles”. Para ilustrar el proceso de comparación se incorporan viñetas extraídas del discurso del paciente.

Palabras Clave

Clasificación, adictos, investigación, clínica.

Abstract

PARTIAL RESULTS ON THE APPLICATION OF A “CLASSIFICATION OF PATIENTS ADDICTED TO DRUGS”. KINDS ALLMIGHTY AND IMPOSSIBLE.

Partial results of a research project under development in UNSL are presented here. The main objective focuses on the application of the classification of “Kinds of patients addicted to drugs” (Milan, 2009) on cases and that arises from the “Research and Psychological Counseling for individuals who use drugs” which takes place at the Interdisciplinary Center Services, Faculty of Human Sciences. The procedure included the description of psychic addicted functioning, the analysis of clinical material and correspondence or not, with any of the kinds of the classification.

The analysis of a clinical case with reference to certain categories of

analysis is shown. A synthesis of the comparison process between the clinical case analysis and the kind “Almighty Patients” which is organized around the accuracy in the power granted to them by joining an ideology of omnipotence. Under the consumption behavior there is an underlying unconscious fantasy of being extraordinary, as they base their belief on controlling others. Some aspects of clinical material can be understood from the kind of “Impossible Patient”. To illustrate the comparison process there are added vignettes drawn from the patient's speech.

Key Words

Classification, addicted, clinical, research.

Introducción

Se presentan resultados parciales de un Proyecto de Investigación que se desarrolla en la UNSL (De Gregorio, 2010). La propuesta de investigación tiene como objetivo general la aplicación de la clasificación de “Clases de pacientes adictos a drogas” (Milán, 2009) en la casuística que surge del Programa “Investigación y Orientación Psicológica para sujetos que consumen drogas”, el que se lleva a cabo en el Centro Interdisciplinario de Servicios dependiente de la Facultad de Ciencias Humanas en la Universidad Nacional de San Luis. Los objetivos específicos abarcan el análisis e interpretación del material clínico de los casos registrados en el Programa, a los efectos de identificar su correspondencia con las categorías y dimensiones de la Clasificación mencionada. Se procede a revisar la Clasificación y su fundamentación, para considerar la posibilidad de incorporar variantes en las clases, categorías y o dimensiones.

Se sigue la metodología de la investigación clínica, con un diseño descriptivo-explicativo, con estrategia de estudio de casos.

El procedimiento abarcó la descripción del funcionamiento psíquico adicto, el análisis del material clínico (entrevistas diagnósticas, pruebas proyectivas y sesiones psicoterapéuticas) y su correspondencia o no, con alguna de las Clases de Pacientes Adictos a Drogas las que se articulan, para su explicación, con conceptos teóricos psicoanalíticos.

Se expone el análisis de un caso clínico, con consentimiento informado, a partir de una consulta espontánea por problemáticas no específicas al consumo de sustancias tóxicas. Se toman como referencia algunas categorías de análisis (tiempo, espacio, características del vínculo terapéutico, encuadre, y vicisitudes en el tratamiento) para presentar

una síntesis del proceso de comparación realizada entre el análisis del caso clínico y la clase de "Pacientes Todopoderosos". A fin de ilustrar el proceso de comparación se incorporan viñetas extraídas del discurso del paciente.

Presentación del Caso Clínico

Joven de 23 años de edad, consulta por un estado depresivo e ideas suicidas. Una vez establecida la propuesta de tratamiento el paciente agregó comentarios sobre el consumo de diferentes sustancias con capacidad adictiva ("La marihuana me calma los ataques de ira inmediatamente, me tranquiliza al toque, es valiosa para mí, no la tomo como una droga y no tengo intención de dejarla aunque tiene efectos perjudiciales, te estupidiza con los años. Todo bien con la marihuana, hay un amor con la marihuana, tiene pocas en contra y muchas a favor. A la cocaína la uso para anestesiarme, pero la dejé por miedo, se me complicó lo cardíaco, estaba muy metido en la merca y me llevó a situaciones límites, de querer matarme. Los ácidos te llevan a lugares del inconsciente, hacés viajes re-locos y entendés más de vos mismo, no es para cualquiera; el LSD te hace bosta, es como un piiiit que sentís en la cabeza, está recopado; quiero probar hongos alucinógenos).

Al iniciar el tratamiento se le indican consultas médicas clínica y psiquiátrica. Se realiza una entrevista con el grupo familiar (el cual no residía en la misma ciudad); se solicita la presencia de una persona cercana a su entorno para que firme, junto al paciente, el consentimiento informado. El paciente también es entrevistado por un profesional en Trabajo Social, integrante del Proyecto antes mencionado, de lo cual resulta que no poseía residencia fija ni trabajo estable; había intentado iniciar dos carreras universitarias, abandonando a los tres o cuatro meses de cursado.

Clase de pacientes "Todopoderosos"

Caracteriza a este tipo de pacientes la falta de confianza en sí mismos y, paradójicamente, la certeza en el poder que les otorga la adhesión a una ideología de la omnipotencia (Dupetit, 1983) la que se refuerza a través del efecto tóxico de las sustancias que se consumen. La fantasía inconsciente predominante se constituye alrededor de la idea de ser extraordinarios y todopoderosos, en lo que basan su convicción de dominio sobre los otros a los que consideran inferiores.

En la mayoría de los casos consumen sustancias de alto poder farmacotóxico y caen en la dependencia adicta con la fantasía de establecer una alianza que les da poder, en compensación de la vulnerabilidad psíquica que los caracteriza.

En la historia vital de estos pacientes se han sucedido experiencias traumáticas (abusos sexuales, separaciones y abandonos precoces), muchas de ellas en el seno familiar; en el presente ellos tienden a repetir activamente lo que sufrieron pasivamente. Perduran en una posición de no cambio y no soportan avanzar, ayudarse y dejarse ayudar; atacan sus posibilidades de superar dificultades, provocando y esperando que la violencia vuelva sobre ellos, o bien se involucran en situaciones destinadas a perjudicarlos. En estos casos los pacientes manejan con extrema habilidad los mecanismos proyectivos por los cuales proyectan aspectos propios en los otros y desde allí se los ataca, se los desprecia, se los manipula, se los explota siguiendo una modalidad de estilo psicopático.

Interactúan permanentemente dos aspectos al servicio de la fantasía omnipotente: el desafío y la transgresión. Esto se explicaría a través de una identificación con una fantasía omnipotente, de lo cual resulta que drogarse significa obtener más poder, lo que equivale a no ser castrado. De esta manera se cree, ilusoriamente, obtener un manejo sin límites, de la propia vida y de los otros: "Si estoy de onda y positivo puedo ayudar a los demás, cuando tengo onda negativa hundo a la gente. Cuando estoy mal y hablo con alguien de mi idea de la vida, mi concepción de la vida, mi ideología, voy refutándolo y convenciéndolo que está todo mal. Cuando estoy con alguien 'depre' tengo un montón de argumentos para que se mate o esté bien, depende de cómo esté yo. Tengo un poder persuasivo muy importante". En referencia a la consulta psiquiátrica y la medicación prescrita el paciente dice: "Si quiero pastillas para dormir digo que tengo problemas de sueño y me las dan, si digo que siento que no me hace efecto la medicación me suben los miligramos. Los psiquiatras son básicos, te dan lo que vos querés".

Categoría Tiempo-Espacio: Tiempo inmediato. Espacio total

La extrema avidez oral de estos sujetos promueve la urgencia de alcanzar la satisfacción inmediata de las necesidades, y de calmar instantáneamente los deseos, en base a lo cual se anula la noción del tiempo como categoría de demora y de espera. La demora para estos pacientes es insoportable y es vivida como "nunca" o "jamás", razón por lo cual no pueden confiar en elaborar un proyecto futuro, ni establecer metas a largo plazo para sus vidas. La exigencia de instantaneidad con la que afrontan la vida resulta dramática porque los priva de la posibilidad de regular el tiempo que duran los hechos humanos, y mantener la confianza en la posibilidad de cambio y modificación de sus conductas adictivas y de su estilo adictivo de vida. Ellos sienten que el tiempo es apremiante, como para detenerse a pensar; creen que lo esencial es la acción y que se aprende a través del método de ensayo-error. Un hecho en la vida del paciente (un viaje que realizó su madre cuando él era adolescente) muestra, claramente, la concepción que él tenía sobre la noción de tiempo; en el relato el paciente dice: "Un día se le ocurrió irse... me dejó. De ahí en más siempre solo. Iba y venía de la casa de tíos y tías. Se fue bastante tiempo". En la entrevista familiar, la madre contradujo esta idea, diciendo que en esa fecha ella había viajado solo por un par de días. No obstante, en el paciente perduró la creencia y la vivencia del abandono materno, y, consecuentemente, la experiencia de no ser querido por su madre: "No concibo la idea que no me quiera; cuando le pregunto dice que sí, pero ese amor no me sirve, porque me he criado solo". La idea de haber sido abandonado parece estar a la base de una modalidad repetida en sus relaciones adultas, en las que el paciente ocupaba una posición activa y en las que se reproducían las separaciones y alejamientos.

Estos pacientes ilusoriamente ocupan el lugar de todos creyendo que pueden asumir los distintos roles y anular las diferencias con los otros. La idea de ocupar todos los espacios, inclusive el de los padres, es una prueba de la existencia de la fantasía de omnipotencia en estos pacientes, basada en la negación de las diferencias generacionales. La falta de espacio mental para los hijos, en los padres, favorece la idea de que todos constituyen una hermandad, sin ocupar un lugar determinado ni cumplir una función específica. Al referirse a su madre solía llamarla "chabona", término por el cual la descalificaba, anulando las diferencias, y a su vez le reprochaba no haber cumplido con la función materna. Si consideramos que ocupar un espacio para residir es importante para el sostén del self, cobra valor en la

historia del paciente el dato de las múltiples mudanzas y la falta de un domicilio estable, lo que deja en evidencia la pérdida de la noción de pertenencia y de referencia: "Siempre de prestado en la casa de otro".

En la mayoría de los casos estos pacientes se presentan asumiendo la defensa de la libertad para consumir tóxicos ("Soy pro-drogas legales"), y establecen la diferencia con aquellos que no han consumido, afirmando que éstos no saben nada de adicción. Desde esta posición, en el contexto terapéutico intentan invalidar la función del terapeuta y ocupar su lugar.

Esta particular visión del tiempo y del espacio, por la que se destruye la "visión binocular" (Bion, 1950), vuelve a estos pacientes todopoderosos incapaces para integrar aspectos disociados de su personalidad y de sus vidas, como también de aprender de sus experiencias repetidas, y de la toma de conciencia, sobre todo, de los fracasos. Todo ello influye en la dificultad que presentan a la hora de recibir un señalamiento o una interpretación; se atacará el esfuerzo del analista para establecer otras dimensiones del problema, o para determinar que éstos existen, por ejemplo por medio de la identificación proyectiva, convirtiéndolo en inoperante.

Características del vínculo terapéutico

El problema planteado nos ha inspirado una primera hipótesis sustantiva que guió esta investigación: en la configuración de la relación terapéutica y en el desarrollo del tratamiento el paciente tenderá a recrear con el terapeuta las modalidades de los vínculos primarios establecidos en la díada originaria. En el vínculo terapéutico los pacientes todopoderosos exigen con avidez e impaciencia la ocurrencia de cambios y progresos, pero sin participar ni comprometerse con aspectos internos propios. La estructura infantil omnipotente demanda satisfacciones que el sujeto se ve impulsado a buscar compulsivamente, sometiendo a aquellos a los que se les exige todo. La hipótesis que se formula para comprender las cualidades del objeto frustrador (pecho malo) superyoico proyectado, se correspondería con el modelo del "pecho que devora" según la modalidad oral canibal (Lieberman, 1978, p. 121). "Lo principal es lo que me pasó con mi vieja, ella no se hizo cargo, las cosas que me pasaron no me hubiesen pasado si ella me hubiese cuidado".

No pueden definir situaciones conflictivas con las personas con las que se establecen relaciones de dependencia emocional. Se proclama la autonomía e independencia de los otros estando sometido a una dependencia adicta imposible de superar. "A mí nadie me cuidó, está instalado en la familia que yo me las arreglaba solo"

Particularidad del Encuadre y Vicisitudes en el tratamiento

Al comienzo del tratamiento estos pacientes suelen ajustarse a las pautas establecidas en el encuadre y expresar su complacencia con él. No obstante es esperable que se produzcan ataques y transgresiones, a través de inasistencias y la demora a las sesiones, e incumplimiento de las indicaciones sugeridas, como sucedió con el caso clínico que se expone.

Un aspecto muy importante para considerar en estos pacientes todopoderosos es el tratamiento médico-psiquiátrico que se puede requerir, en simultaneidad con el abordaje psicoterapéutico. El estado de negación omnipotente, y la disociación de aspectos persecutorios y

depresivos, reforzado por el efecto químico, es el obstáculo principal en la consecución de un tratamiento medicamentoso durante y después de la desintoxicación. En el fármaco el paciente, proyectivamente, depositaba toda clase de fantasías persecutorias reforzadas por sus conocimientos sobre el tema y por las advertencias acerca de los potenciales efectos adversos que éste podía ocasionarle. Razón por la cual no fue fácil revertir los efectos de su negativa para que pudiera aceptar una nueva sustancia bajo la exclusiva indicación, prescripción y control del médico a pesar de la confirmación de lo que él llamaba "no puedo evitar los bajones".

Al comienzo del tratamiento, este tipo de pacientes, suelen expresar que se sienten muy bien a partir de la primera consulta, estableciendo comparaciones con otras experiencias terapéuticas anteriores. Es importante que el terapeuta no lo crea totalmente y no se ubique en un lugar omnipotente, que le impida estar alerta a las fisuras de ese discurso inicialmente halagador, que puede ser inconsistente para entablar un diálogo y, sobre todo, para pensar. En la sexta sesión el paciente señala: "¡Estoy tan bien! No sé, me satisface todo mi entorno, el trabajo, la familia, los amigos, lo que hago. La estoy pasando bien. Voy a disfrutarlo mientras dure porque no sé que pueda suceder. En realidad desde que decidí hacer un cambio lo disfruto. Cambió un montón todo. Estoy contento, siento que me estoy reencontrando con una parte mía, la esencia de mi infancia". Cuando la terapeuta, en la misma sesión, retoma el tema de su infancia, el paciente dijo: "¡Oh!... no quiero hablar de eso, no quiero sentirme mal. No quiero la angustia, no quiero angustiarme por nada, no acepto motivos de angustia". El paciente expresa que quiere cambiar sin experimentar emociones, lo que equivale a no cambiar. Esa posición en el análisis devela la reversión de la perspectiva que es una forma de eludir el dolor, el cambio de un juicio por otro, acerca de lo que sucede, por el cual tiende a quedarse con una sola perspectiva o vértice desde el cual se perciben las intervenciones del terapeuta.

Estos pacientes basados en su experiencia con los tóxicos, a los que les exigen cada vez mayor rapidez y eficacia para mantener su cosmovisión, buscan esos mismos parámetros en la administración del tratamiento psicoterapéutico, lo cual plantea una diferencia importante con el propósito de respetar un proceso transferencial en el tiempo. Ellos tardan mucho en entender el objetivo de la terapia y cuando lo hacen plantean oposición al método psicoanalítico que requiere de privacidad y de tolerancia. Cuando piden tratamiento piden afianzamiento, confirmación o quieren dar clases de cómo ser un buen terapeuta de pacientes adictos afirmados en su experiencia personal y directa con las drogas. Entienden la cura como perfeccionamiento de sus estrategias para sabotear el cambio, es decir consumir sin sufrir daños y no como cambio para enfrentar la realidad sin drogas (Kalina, 2000). Si curarse es cambiar, curarse implica poder enfrentarse a la incertidumbre, al cuestionamiento, a la confrontación; vías todas estas incompatibles con el dominio de la certeza de la lógica adicta que rechaza cualquier reordenamiento que pueda dar paso a un interrogante. Cuando en el espacio terapéutico estos pacientes no encuentran la resonancia que necesitan para sus actuaciones se frustran, incrementando las ansiedades paranoides que se centran en el tratamiento, que es tratado como un enemigo al cual deben eliminar. Desvalorizan la situación analítica con la finalidad de destruir el tratamiento, aspecto que se evidencia en las rupturas al encuadre (impuntualidad, ausencias).

Así como en el grupo familiar, a través de las actuaciones, el paciente presiona para ser criticado, echado y dejado fuera del entorno, en el

tratamiento psicoterapéutico repite algo semejante cuando provoca fastidio a través de las manipulaciones del encuadre, y no colabora para mantener la calidad del vínculo terapéutico. Inconscientemente intentan frustrar el tratamiento, lo que se puede pensar como un acto de dominio para recuperar su poder.

Comparación con la Clase de Pacientes Imposibles

No obstante el predominio de las características de la Clase de pacientes Todopoderosos en el material clínico presentado, sobresalen, también, rasgos típicos de la Clase de pacientes Imposibles, los que no pueden soslayarse porque incidieron en el procesos terapéutico, obstaculizando la progresión de un vínculo fecundo con la terapeuta y dificultando el encuadre. La trílogía de la toxicomanía, psicopatía y perversión alrededor del eje de la manía, la acción y la promiscuidad sexual, la aparente ausencia de culpabilidad y la tendencia a la manipulación en el intercambio con las otras personas, se reiteró en este caso y no experimentó ninguna modificación durante el tiempo (1 año) de duración del tratamiento. Los frecuentes cambios de domicilio, de actividades laborales, de parejas, y de grupos de referencias impactaban tanto en su estabilidad social, como en sus objetivos y proyectos a corto plazo. Los cambios radicales en varios órdenes de la vida, y el abandono de las actividades que emprendía, sin mediar ninguna reflexión acerca de los motivos ni de las consecuencias que podían generar, adquirió el status de la errance (Brusset, 1996) o vagabundeo, bajo la modalidad del actuar. En el contexto terapéutico estos cambios intempestivos y la ausencia de reflexión, adquirieron el valor de un medio para comunicar contenidos que no alcanzaban a ser simbolizados; es decir, que los actos cumplían una función de lenguaje dirigida a la terapeuta.

Una actitud de descalificación y degradación daba como resultado una pérdida de sentido y de valor a las actividades que emprendía y a los intercambios personales que establecía bajo la forma de la omnipotencia y omnisciencia. Aspectos que se desplegaban en una modalidad evasiva en la relación transferencial. El análisis expresa una amenaza para la integración mental del paciente que surge una vez que las interpretaciones del terapeuta establecen su incapacidad para comprender su realidad. Progresivamente la falta de progreso del análisis se impone y pierde valor e interés, lo que llevó en este caso al abandono del tratamiento.

Del análisis del material clínico referido a sus primeros años de vida se infiere un desarrollo emocional primitivo (Winnicott, 1969) con déficit en el sostén, con privación de las condiciones adecuadas para la integración de la personalidad y la progresión de la dependencia a la independencia. En el vínculo terapéutico, este tipo de pacientes Imposibles, no toleran recibir lo que se les da, “no toleran el bocado ante la falta, ni la neutralidad, ni el trato benévolo, y hacen surgir en el otro sentimientos ambivalentes de fascinación y de repulsión” (Chartier, 1986). La dificultad para simbolizar las experiencias dolorosas no posibilita generar nuevos pensamientos sobre sí mismo y su realidad.

Conclusión

El uso de una clasificación aporta una referencia, un punto de vista desde el cual se puede comprender la particularidad de un material clínico diferente. La diversidad con la que se presenta en la clínica la adicción a drogas requiere una actitud amplia y flexible para captar la singularidad de cada caso y operar en aspectos desconocidos,

sobre todo cuando para el paciente el conflicto permanece fuera de discusión porque no es considerado un problema.

Bibliografía

- Bion, W. R. [1950], “El Mellizo Imaginario”, en *Volviendo a pensar* (1967). Buenos Aires, Paidós, 1990, 4ª edición, 32.
- Brusset, B. (1996) “Las vicisitudes de una deambulación adictiva (Ensayo Metapsicológico)”, *Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, XVIII, 3.
- Chartier J.-P. et L. (1986), *Délinquants et psychanalystes*, Paris, Éd. Hommes et Groupes.
- De Gregorio, M., Milán, T.; Ressia, I., Sanchez, Mª de los Angeles (2010): Aplicación de la “clasificación de pacientes adictos a drogas” en la casuística de un servicio de atención psicológica. En *Memorias de las XVII Jornadas de Investigación UBA*, T I, p.100-102. Depto de publicación de la UBA, Buenos Aires.
- Dupetit, S. (1983) *La adicción y las drogas*, Buenos Aires, Salto Ediciones.
- Kalina, E. (2000) *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1ª reimpression, 2003.
- Liberman, D. (1976) *Comunicación y Psicoanálisis*, Buenos Aires, ALEX Editor, 2ª edición, Julio de 1978, 121.
- Milán, T.A. (2009) *Implicancias teórico-clínicas del abordaje psicoterapéutico del paciente adicto a drogas*, Tesis Doctoral, Biblioteca Antonio Esteban Agüero, Universidad Nacional de San Luis.
- Winnicott, D. (1969) “La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé”, en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, compiladores Winnicott, C., Shepeherd, R., y Davis M., Buenos Aires, Paidós, 1993, 309.