

Sobre la adicción de transferencia

Introducción *

A poco de iniciado el tratamiento que llevaba a cabo con una paciente adicta, por cierto muy grave, comprobé que me había dejado envolver fundamentalmente por el relato de coloridos sueños con los que ella me proveía a diario. Descubrí entonces, tras la observación de una serie de sesiones, que merced al seudoanálisis de los mismos había contribuido a crear una situación de impasse analítico: el análisis estaba detenido.

Para resolver tan crítico momento, utilicé una serie de indicadores, cuya lectura me permitió rescatarme de ese estatismo, y no seguir sumida en la adicción de contratransferencia que había sido alimentada por tan fascinante material.

Recortada la situación analítica, pensando en las características observables del vínculo establecido, surgió en mí la necesidad de intentar conceptualizar su configuración, que seguramente debía ser distinta de la de cualquier otro cuadro psicopatológico. Sin embargo, al consultar la bibliografía a mi disposición, si bien encontré delineados los conceptos de neurosis de transferencia, de psicosis de transferencia y de perversión de transferencia, esta última siempre estaba unificada con la de los adictos.

Por lo contrario, la tesis que postulo es que tiene características propias y específicas, tal como el cuadro nosológico del adicto también es diferente de cualquier otro.

Comenzaré por una reseña del material clínico, y luego iré desarrollando estos momentos tal como los fui pensando, para intentar, como objetivo final, delimitar el concepto de adicción de transferencia.

I - RELATO DEL MATERIAL CLÍNICO.

La paciente había comenzado su tratamiento conmigo después de haber interrumpido bruscamente su análisis anterior de varios años de duración. Vivía con su pareja el drama de la infertilidad, con la certeza absoluta y el dolor consiguiente de creer que nunca habrían de tener hijos, ya que ella era estéril por "doble obstrucción tubaria". Adicta a la leche, al alcohol, al café, a las anfetaminas y a las aspirinas, se sentía permanentemente angustiada, lloraba y permanecía prácticamente postrada en cama.

A dos meses de iniciado su tratamiento ya se sentía mejorada: comenzó a trabajar en una escuela, estaba activa en su casa y pudo consultar al ginecólogo para enterarse y enterarme del resultado de la histerosalpingografía que, efectuada a pocos meses de una salpingoplastia, había dado un resultado alta y excepcionalmente exitoso. La permeabilidad tubaria era bilateral. Significativamente ella no había podido en el transcurso de casi un año enterarse del resultado de la intervención quirúrgica, practicada entonces.

A partir de este momento, esta paciente muy agradable, con un tono vivaz de voz, producía una secuencia de sesiones en las que incluía sueños fascinantes relacionados con lo ocurrido ese día o el anterior, seguidos de asociaciones, el resumen de lo principal y, de alguna manera, la espera de mi respuesta. Desfilaban ante mí campos cercados con alambres de púas, esqueletos cubiertos de telarañas blanquecinas, soldados alemanes que la obligaban a defecar en público, continuando - y ahí sí comencé apercibirme de cierta estereotipia- con una serie de sueños en "rojo y azul".

Un día soñó que ella aparecía vestida con un largo camisón rojo preparándose para una fiesta, y se había puesto encima un saquito de nena con rayitas rojas y azules, con "la ra-yita marcada" en la manga como si fuera nuevo. Se maquillaba con líneas verdes, amarillas y rojas cerca de los ojos, dándose una expresión de payaso triste. Le pide a la mucama de la escuela (a la que concurre) que le ayude a arreglarse, y ésta, en vez de hacerlo, se dedica a pintarles la cara a unas niñas que formando un grupo numeroso, la rodean y miran, "cómo cuando se juntan todos los chicos para ver Como se lastimó alguno".

En la sesión siguiente describió otro sueño: acostada sobre una camilla tenía una visión transparente de sí misma, surcada por gruesas venas azules y arterias rojas. Ella se desconcertaba, y veía al padre que aparecía por detrás llevándose un frasco de Merthiolate.

En sesiones sucesivas siguieron otros sueños con rojos y azules, realmente un material cautivante y terrorífico que -no sin dificultad- observé que ella presentaba con un cierto ritmo dentro de cada sesión: asociaciones-sueños-asociaciones-resumen-espera. Sutilmente había establecido un estereotipo donde ella avanzaba en el conocimiento de mis ideas, de mi *timing* e intereses.

El haber captado la repetición de ese ritmo, me permitió reevaluar mi participación; pude percibir que no la estaba entendiendo. Comencé a escucharla mejor y empecé a detectar que, fonológicamente, ese tono de voz agradable y vivaz, encerraba un ritmo particular, sutilmente monocorde, hasta con repetición de las inflexiones verbales, donde lo terrorífico de las imágenes relatadas quedaba apagado, desdibujado, aislado. Es decir, de las características de la fonación (monocorde) y de la cronología del relato (discurso ritualizado), tomados como *significante*, obtuve un *significado*, oculto hasta entonces para mí: el desgano y la apatía. Venía "amablemente" a recitar sus sesiones, catequizándose hasta transformarme en la adicta a sus va-

riadas, terroríficas y coloridas producciones. En la transferencia se estaba estableciendo un ritual por el cual, a través de los sueños, -drogas, que me administraba- me había paralizado, esterilizado. Así había logrado que la dejara sola y libre de sus sentimientos, mientras yo padecía de la drogadicción a sus sueños y del consecuente malestar.

A poco de comenzar otra sesión con su ritmo habitual de este período, le señalé la *contradicción entre lo que me contaba y cómo me lo contaba, interpretando esta vez el sueño decididamente como un elemento que incluía para drogarme y no para ser comprendida*.

La respuesta no tardó en aparecer: me dijo que sí, que efectivamente yo tenía razón en señalarle esa manera de hablar. Que sí... que ella sentía algo así como que maquinalmente venía a cumplir conmigo. Después de todo se sentía como Miguelito, un chico pobre del colegio, a quien ella muchas veces le habló y quiso ayudar, y cuya respuesta era "que no se calentaba por nada"... reiterando "total, para qué, si todo va a seguir igual... total para qué, si todo va a seguir igual"...

Aparecía así cómo ella venía a supervisarme en *mis* sesiones -clases, esperando mis interpretaciones; ella era entonces la que sabía de mí, ahora convertida en la adicta, llevando a cabo un ritual control que le calmaba la ansiedad. Manteníamos estérilmente una cobertura de palabras que no tendrían otro objetivo que tapar todo el escepticismo, la desesperanza y, fundamentalmente, la incredulidad que le despertaba el tratamiento analítico. Luego, era mejor que yo fuera la adicta incurable que no tenía solución para su vida.

Enferma "desde siempre", me contó que por poco se muere de recién nacida porque no quería mamar, por lo cual la alimentaban con gotas de no sabe qué. Con un cuadro de aceto-nemia desde muy pequeña, cuando a los ocho años tuvo su primera menstruación, la pusieron en cama de inmediato, como si también fuera una enfermedad. Una febrícula recurrente la llevó a consultar durante años sin resultado ni diagnóstico.

Con una historia vital en la que el desapego de su padre y de su madre fueron muy marcados, viene conmigo a continuar su rol de "la oveja negra" de la familia y a declararse la enfermita incurable de siempre, porque nadie pudo ni podrá con ella.

En efecto, cada vez que estaba mejor de la acetonemia, robaba una barra de chocolate y se la comía a escondidas; a poco se sentía mal y así demostraba a su papá y mamá que, hicieran lo que hicieran por ella, no se conseguirían resultados. Cuando yo había logrado fértilmente mejorarla, demostrándole que no era definitivamente estéril, como ella se había autodefinido desde siempre, evidentemente no lo pudo tolerar y al esterilizarme a mí con sus sueños, volvía a ser la decididamente enferma con la que nadie podría lograr nada.

La impotencia que seguramente despertaba con su enfermedad permanente pudo haber contribuido a que los padres tuvieran ese desapego por ella. Ellos hacían su vida y ella la suya, nada feliz por cierto.

El empeoramiento durante los años recientes la llevó a ingerir increíbles cantidades de café, aspirina, anfetaminas y alcohol puro, por lo cual, en el último año de su tratamiento anterior, estuvo internada en hospital de día.

II - INDICADORES O PARÁMETROS APLICADOS AQUÍ LOS SUEÑOS, QUE ME PERMITIERON DETECTAR ADICCIÓN DE CONTRATRANSFERENCIA Y EL IMF SSE.

En el período de las series de sueños con gran colorido mucha elaboración secundaria, fue evidente que yo consideraba *que*, ella traía, desestimando *cómo* lo hacía. Allí había u *contradicción que*, una vez descubierta, realmente me permitió el acceso al análisis de los aspectos narcisistas de la paciente. Se había producido una reversión de la situación analítica. Fue inútil mostrarle el horror, la confusión, la locura, los problemas con el cuerpo que se habrían podido desprender esos sueños, si los hubiera traído con un objetivo diferente. Cuando yo pude dejar mi adicción a sus sueños, cambiarse el qué y el cómo. Me rescaté del circuito entrópico y ella pasó tener sueños con otro valor psíquico; la estereotipia no se veía a producir y los sueños, con poca elaboración secundaria! *la mostraban más a ella misma*, no desfigurada como en los anteriores (la transparencia que permitía visualizar arterias venas, el disfraz rojo con la pintura en la cara, por ej.). En su discurso, la voz tenía otras inflexiones, los ritmos monocorde no eran ya predominantes y comenzaron a aparecer cortos silencios. Ahora ella sueña que "se arrastra, parálitica de ambas piernas, para buscar a su madre que está detrás de una colina" y en una sesión siguiente se va caminando peligrosamente por el borde de una pileta de natación con un aparato como ganchos que le sostienen las piernas y, aunque dificultosamente, puede avanzar".

En estos sueños se advierten contenidos que son analizables. Se trata de sueños en que se expresan más los conflictos y hay menos escenificación o actuación, de modo que ha cambiado la forma cómo se presentan y también la modalidad al relatarlos, que no es ya la estereotipada de la serie anterior.

Los primeros los usaba como un instrumento para que yo perdiera mi vínculo con el análisis, de modo tal que lo podía interpretar tomándolo como confesiones mías que le inspiraban otra vez más sueños. En esa fase narcisista yo quedaba huérfana de procedimiento analítico; en lugar de ser ella ya adicta a los sueños truculentos, al alcohol, al café, me convertía a mí en la adicta a la interpretación de sus sueños. Podría considerarse que se había logrado a través de la producción onírica una transformación de la analista, que quedaba como una niña despojada de sus padres (el análisis) estéril y adicta.

El cambio de la expresión onírica es un cambio en la relación vincular; cuando me rescato como analista, pasa a tener sueños con otro valor psíquico: la percepción de las limitaciones de ella caminando peligrosamente por una cornisa (el borde de la piletta), el verme como una mamá difícil de alcanzar o que a lo sumo puede desde ahora (los ganchos que le sujetan las piernas) hacerla caminar, sostenerla deshumanizada como un andador. Después de un primer momento en que yo fui fértil y ella también, necesitó de un segundo paso: esterilizarme. Omnipotentemente ella había dictaminado que nadie iba a poder con ella¹ su "solución" era el autoabastecimiento, la drogadicción para prescindir así de una mamá-analista a quien ella podría llegar a necesitar sin límites. Efectivamente, me pierdo, cuando me recupera aparece su búsqueda con un gran desvalimiento (arrastrándose como un bebé que no puede caminar) frente a la gran cantidad de mamá que ella necesita (la colina) y cree que nunca va a poder llegar a tener, ya que lo que pueda dar no alcanzaría.

Entonces surgió en mí la necesidad de tener en cuenta una *serie de indicadores* a partir de los cuales se pudiera intentar abarcar todo el material verbal y no verbal del paciente en sesión, -donde los sueños serían una parte muy importante por cierto-, cuya resultante me permitió la comprensión del momento transferencial y del proceso:

Diría que el paciente siempre trae un *qué* (material verbal y no verbal) a un *quién* (su analista incluido en la transferencia), con un *para qué*, en un *cuándo* determinado de la sesión o del proceso, y con un *cómo* especial.

Interpretar desde el *qué*, el *cómo* y el *cuándo* la relación transferencia!, la vida actual y el pasado histórico, da un sentido y una coherencia a la labor interpretativa.

En cuanto al material onírico, que es aquél en el cual me detuve específicamente, lo primero a considerar sería que lo podemos analizar en la sesión no es el sueño, sino el relato que hace el paciente de su recuerdo de lo que soñó. Siguiendo a Bion (1966), hay que discriminar si aquéllos a lo que el paciente se refiere en determinado momento es un sueño o una alucinación.

A. Sueño o alucinación

El paciente, dice Bion, considera el hecho de asistir a su análisis como una experiencia que le brindará la materia prima para dar sustancia a un determinado "sueño diurno", investido de realidad: él, el paciente, es capaz, sin análisis, de ver dónde están sus dificultades y asombrar al analista con su brillo y actitud amistosa.

El paciente informa y el analista cree que el paciente ha tenido un sueño. El paciente informa pero *no* cree que ha tenido un sueño. Lo relatado como sueño, experiencia de gran intensidad emocional, es vivenciado por el paciente como una enumeración directa de los hechos que constituyen una experiencia llena de horror. Espera que el analista, al tratarlo como un sueño que requiere ser interpretado, le confirme su sueño diurno de que "sólo fue un sueño".

Para entender el *qué* que trae el paciente y ubicarlo en la categoría de sueño, es imprescindible pensar si lo que provee es realmente tal, o una transformación en alucinosis, en la medida en que la capacidad del paciente para tener sueños y sueños diurnos esté debilitada.

B. El color y la representabilidad del sueño

El sueño, ese *qué* especial, tiene -al decir de Erikson (1960)-un estilo propio de representabilidad que de ninguna manera es una mera corteza de lo medular, el contenido latente. La configuración manifiesta aparece con mucha o poca riqueza de elementos verbales, sensoriales, con espacios y temporalidades diferentes o repetidos, con movimiento o estatismo, con sensaciones somáticas presentes o ausentes, donde el soñante puede estar incluido en relación con otras personas o sólo, refiriendo alguna especificidad de emoción o bien carente de ella. Agregaría a esta caracterización extensa y minuciosa que el autor hace en su "Esquema del análisis de sueños", la

presencia o ausencia del color.

H.Blum (1964) en "El color en los sueños", encuentra que la investigación corriente sugiere que el color puede estar presente en las imágenes "originales" del sueño, pero que suele desaparecer en el sueño recordado. Cuando es recordado en el contenido manifiesto, ya ha recibido catexias adicionales y sirve a funciones psicológicas definidas. Los colores derivan de recuerdos de la percepción, pero son usados por el trabajo onírico. Las alteraciones defensivas pueden existir en los matices, vividez, cantidad o localización. El color en el sueño puede tener una función compleja, múltiple, y "frecuentemente es usado por el Yo para camouflagé y comunicación" (el destacado es mío). Puede ocultarse o revelarse en sombras sutiles o brillos enceguedores; puede usarse para contrastar y diferenciar en relaciones internas/externas del cuerpo; está incorporado a la imagen corporal, a la representación del Yo y de la identidad (incluyendo la sexual). Puede ser usado en la diferenciación del *Self* con el objeto o en una identificación con el objeto. Puede también representar disputas instintivas y demandas del Superyó. Los diferentes matices y sombras pueden vincularse a un objeto en particular o al *Self*, especialmente a los pechos, heces y genitales. El interés por el color recibe un refuerzo especial durante la fase anal del desarrollo. Está estrechamente asociado con el afecto, en la vida en vigilia y en el sueño. Los afectos centrales pueden dar color a la personalidad y crear un estado de ánimo que es reflejado en el sueño por este medio. La repetición de sueños de colores puede relacionarse con hechos traumáticos, donde hubo "shock" visual, en el i cual el color participó o fue incorporado definitivamente como una pantalla.

Etimológicamente, "color" proviene del latín "celare", que significa ocultar, distorsionar; efectivamente, el color puede camouflar en la expresión directa el afecto y ocultar ideas y recuerdos visuales.

De este minucioso trabajo de Blum quiero destacar las ideas que enfatizó y elaboró Kanzer (1915), acerca de la *función comunicativa del sueño* como totalidad y de todos sus elementos; el color, y cada elemento que logra representación en la imagen del sueño, es importante. El uso del color en los aspectos prácticos de nuestra vida cotidiana (como *señales o comunicaciones*), presupone determinado valor en el sueño. Luego, la importancia comunicativa y representativa del color, está frecuentemente presente en un compromiso paradójico con su *función de camouflagé*. "Tenemos la impresión en muchos sueños, de que el color se ondea como una bandera, llamando la atención, imponiéndose con intensidad afectiva y, más todavía, como un engaño potencial".

Agregaría, de acuerdo a mi experiencia, la existencia de series de sueños de colores, con repetición de colores, que no hacen a la neurosis traumática, sino que tratan de producir un efecto especial de captación del interés del analista, y que deben ser considerados como intentos de lograr su fascinación. Según el caso, pueden implicar intentos de seducción, de ideologización o de narcosis.

Entonces, estas variables de la configuración manifiesta nos podrían llevar a hacer una caracterización del soñar manifiesto de un paciente dado en distintos momentos de su tratamiento, permitiéndonos diagramar un *estilo especial de representación* de sus sueños.

C. Otros indicadores: destinatario, intencionalidad, oportunidad y modo del mensaje contenido en el sueño

Basándome en Liberman (1972) en *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, lo que sueña el paciente tiene un destinatario. El emite un mensaje -las asociaciones más el relato del recuerdo del sueño- destinado a un receptor, su analista. Es una comunicación que nos hace y que tenemos que decodificar.

Frente a éste a *quién* -como expresara Baranger (1969) en *El sueño como medio de comunicación*- el sueño es un lenguaje, una relación intencional significativa particular entre dos personas, cuya elección entre otros múltiples lenguajes ya es importante en el transcurso del proceso psicoanalítico.

Añado entonces que surge pensar que hay un *para qué*, la intención inconsciente que habría en esta emisión.

Ese algo -el relato verbal del recuerdo del sueño- tiene también un *cuándo*. Desde la perspectiva de todo el proceso hasta la especificidad dentro de una o varias sesiones en las que las que es relatado, podrían aparecer distintos tipos de estereotipias, tales como los sueños del principio de sesión, los que suscriben un ritmo (como los de las sesiones del primer material presentado), los que aparecen al final de la sesión o los que son traídos a "destiempo" porque solo se recordaron después y a veces o invariablemente son incluidos en la o en las sesiones siguientes. Es decir, que un paciente dado en un momento dado del proceso podría tener un "estilo de inclusión" de sus sueños en sesión.

Por último, ese mensaje -sueño que se emite en un momento dado habría que cualificarlo por

el modo particular de hacerlo. Aquí se incluirán los elementos paraverbales, es decir las cualidades fonológicas del relato del sueño en sí, en relación o en contradicción con el resto de la comunicación, y los otros elementos no verbales que registramos, a partir de la expresión y el aspecto con que el paciente viene a sesión.

Luego, habría que considerar que el relato del recuerdo del sueño que el paciente comunica en un momento determinado, de una determinada manera, a su analista, es decir, en la sesión, con la técnica particular del encuadre analítico, configura una sumatoria de indicadores.

La interpretación resultante ya podría detectar la fantasía inconsciente a partir de lo que relató y la contradicción con el modo con que lo hizo, o bien observar que relata, cuándo y por qué lo relata, lo que podría ser significativo de por sí.

Lo mismo podría decirse a partir del indicador formal manifiesto que, con su estilo particular, nos hace pensar por que el sueño fue representado de esa manera y no de otra: a veces se mantiene una cierta repetición que no puede dejar de ser tomada en cuenta. En el caso particular del primer material, la formalidad y el colorido de la primera serie de sueños ya era significativa en sí: la paciente aparecería disfrazada en una, transparente en otro, diferente de la segunda serie donde se la veía entera, sin una exuberante elaboración secundaria y sin el despliegue de color. En la primera serie se había revertido la simetría: yo lo contaba a ella, mi interés por los sueños, y ella era la que me alimentaba con sus productos; el para que surgía de la intención inconsciente de evitar la necesidad de una madre analista nutricia y así poder reincidir en el autoabastecimiento. El cuándo se había dado después que pudo tomar de mí interpretaciones-alimentos, que equivalían a un escaso goteo que la dejaba insatisfecha y hambrienta. Y el cómo, determinado por la tonalidad monocorde y desesperanzada, donde "total para qué", nunca lo que podría llegar a darle iba a ser suficiente, con lo cual retornaba a su encierro narcisista.

Evaluar los indicadores mencionados sirve para saber realmente cuándo se está en proceso, en el cual los sueños seguirían siendo la "vía regia", no sólo por el tipo de material que proporcionan al analista, sino también en función de la oportunidad, la manera de incluirlo y la intención latente.

D. El color y la adicción de contratransferencia

El estudio de estos indicadores, en el que destaco la gravitación que tiene el componente color de los sueños, con la especial atracción que ejerce, a mi juicio, permite visualizar alguno de los factores que intervienen en la determinación de la adicción de contratransferencia y, consecuentemente, del impasse analítico.

Es distinto *mirar* un sueño que *analizar* un sueño. El color es un elemento que puede tentar al analista; cuanto más color tiene un objeto, más impulsa a contemplarlo. Así como hay ciertas drogas que predisponen más que otras, hay materiales que predisponen más al desarrollo de la adicción de contratransferencia. Para un analista, el material onírico ya de por sí es especialmente atractivo; llamamos al sueño la "vía regia" y el color puede constituirse en algo que refuerce aun más esta captación del interés.

No es lo mismo que un paciente *relate un sueño o que lo pinte*; este caso lleva más a mirar la imagen y a la posibilidad de quedar atrapado en su contemplación.

La paciente *pintaba* sus sueños; yo quedaba deslumbrada por el brillo y la reiteración del colorido. El interés que despertaba en mí era como el que podría provocar la visión de los amarillos y verdes repetidos del Van Gogh de determinado momento, o los rojos y marrones de una serie de Gauguin; yo que daba maravillada, deslumbrada, y a la distancia que se necesita para apreciar este impactante estilo de pintura. Ella traía sus producciones, me las mostraba, y juntas nos quedábamos contemplando tales composiciones, distante ella de la necesidad de comprender y ser comprendida, como yo de mi necesidad de entender y entenderla.

Así como cautiva al que lo contempla la riqueza del colorido de un cuadro impresionista y la fuerza de las formas, dominaba en mí el efecto que produce una densa vibración cromática, llena de riqueza. El impresionismo, contraponiéndose al realismo representativo, consigue la arquitectura formal del cuadro en función de sus valores cromáticos; este tipo especial de sueños era así producido para despertar en mí sensaciones impactantes.

El cambio que experimentó el material onírico me llevó a ver sus posteriores producciones como si pertenecieran a los primeros momentos del cubismo: la época azul de Picasso. Sus sueños eran de una intensidad expresiva tal como la del primer momento de ese movimiento pictórico, que proclama la emoción mediante signos lineales y figuras casi monocromos, pretendiendo el cuadro-objeto, lo antiespectacular, lleno de expresión. El cubismo desvalorizó la capacidad simuladora del color; sus cultores aseguraban – y por eso el uso en los primeros tiempos de colores sin elocuencia-, que por el cromatismo se puede llegar a representaciones posiblemente falsas. Del mismo modo, las producciones no-cromáticas de la paciente, me permitieron repensar cómo el análisis se

había detenido anteriormente, y luego continuarlo.

El cubismo vio claro el camino expresivo que se debe seguir para no caer en la esterilidad realista; al cerrar su corto ciclo, proporcionó los elementos expresivos, el sentido de una eficacia suficiente para pintar de nuevo de una manera más profunda. Así también, mientras yo no podía percibir como traía sus sueños y para qué, tampoco podía descubrir el *acting-out* la reversión de perspectiva que ello implicaba, como efectos operantes de dicho *impasse*.

No sólo se había dado un cambio de roles, sino además *había un cambio de premisas*. Diría algo que más que entender lo ocurrido como un aporte de sueños-actuaciones y respuestas de pseudo-interpretaciones-contraactuaciones mías: se había dado la subversión del proceso que, con un acuerdo manifiesto, en realidad ocultaba un desacuerdo latente. *Ella no venía a analizarse, sino a drogarme y drogarse*.

En el capítulo XIII de *Elementos de Psicoanálisis*, Bion expresa: "La perspectiva reversible es evidencia de dolor, el paciente revierte la perspectiva para convertir una situación dinámica en estática. La tarea del analista consiste en restituirle lo dinámico a una situación estática, para posibilitar de este modo el desarrollo".

Restituir lo dinámico a esta situación fue un paso, y siguió siéndolo, muy difícil. Poco tiempo después, el marido, que al principio se había hecho cargo del tratamiento, se agravó psicológicamente hasta tal punto, que el psiquiatra que lo asistía llegó a pensar en la posibilidad de una internación, dado que estaba permanentemente postrado en cama y no podía trabajar. Acordamos seguir solamente con dos sesiones semanales, que era lo que ella podía pagar, temporariamente, durante un período estipulado, mientras era ella la que ahora atendía a su esposo. Analizando tan crítico momento en una de las sesiones sobre la base del material que traía, pude interpretar cómo ella volvía a poner distancia aprovechando tan dramática situación y su respuesta fue que nunca había estado interesada en su análisis, que realmente no sabía para qué venía a sesión y que no le interesaba en absoluto lo que yo podía interpretar respecto de lo que me decía o de los sueños que podía traer, ya que me los contaba simplemente "para decir algo".

Surgían así, con claridad para mí, las características de la adicción de transferencia con que la paciente se había incluido inevitable e inexorablemente, de entrada, en el proceso.

III - INTENTO DE CONCEPTUALIZACION DE LA ADICCIÓN DE TRANSFERENCIA

A. Reseña bibliográfica

Freud no escribió especialmente sobre la drogadicción. En las breves referencias a este tema que se encuentran en su obra, lo hace relacionando y equiparando adicción a masturbación.

En una carta a Fliess (Nro. 79, del 22.XII.1897) sugiere que "la masturbación es el primero y único de los grandes hábitos, la "protomanía" y que todas las demás adicciones como la del alcohol, morfina, tabaco, aparecen en la vida como sustitutos o reemplazo de aquella".

En 1905, en "Tres ensayos", en el capítulo sobre "Auto-erotismo" hace referencia a que "... si la zona oral se halla constitucionalmente reforzada tales niños llegan a la edad adulta inclinados a dar besos perversos al alcohol y al tabaco..." "Él niño no se sirve para la succión de un objeto externo a él, sino preferentemente de una parte de su propio cuerpo, tanto por que ello le es más cómodo, como porque de este modo se hace independiente del mundo externo" (el destacado es mío).

En 1928, en el estudio sobre "Dostoievsky y el parricidio", expresa: "El vicio de la masturbación aparece sustituido por la pasión del juego, así lo delata claramente la acentuación de la apasionada actividad de las manos. La pasión del juego es realmente un equivalente de la pretérita obsesión onanista..." "La pasión del juego con sus vanos intentos de deshabitación y las ocasiones que ofrece para el autocastigo, es una reproducción de obsesión masturbadora".

Freud por una parte remite la raíz de la adicción a la fase oral del desarrollo, y por otra relaciona la adicción y la masturbación. -"

La tesis de este trabajo está sustentada en esta línea de pensamiento en las ideas de H. Rosenfeld, D.Meltzer, R.E.Money-Kyrle y de H.Etchegoyen, y en mi propia experiencia clínica. H.Rosenfeld, en *Sobre adicción a las drogas* (1960), sugiere que la adicción a las drogas se relaciona estrechamente con la enfermedad maniaco-depresiva, pero no es idéntica, a ella. Describe los mecanismos maniacos y depresivos que observó en el adicto, y los relaciona con las drogas y su ingestión.

Las defensas maniáticas, que se originan en la fase que Melanie Klein llamó depresiva, se utilizan en la adicción para controlar tanto esas ansiedades como las persecutorias.

Más adelante, en *Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo (una revisión crítica de la literatura psicoanalítica)* (1964), hace una investigación muy completa sobre el tema, marcando los acuerdos sobre la importancia de los factores orales tanto en la drogadicción como en el alcoholismo, el narcisismo, la manía, la depresión, los impulsos perversos destructivos o autodestructivos, tales como "la homosexualidad o el sadomasoquismo.

J.Bleger, en *Criterios de curación* (1972) dice que " los objetivos mayéuticos del tratamiento psicoanalítico pueden incluir según los casos,... modificar una simbiosis patológica, como en la homosexualidad y en la drogadicción.

D. Meltzer en *La relación entre la masturbación anal y la indentificación proyectiva* (1966), describe un proceso inadecuado de splitting e idealización, reactivado particularmente después del destete; y relacionado con las exigencias correspondientes al control de esfínteres y agravado por la expectativa o la llegada de otros hermanos. Tal idealización en gran medida es el resultado de una confusión de identidad debida a la identificación proyectiva. A causa de ésta se confunden las nalgas del bebé y las de la madre y ambas se identifican con los pechos de ésta última. Esto tiene una doble consecuencia: la idealización del recto como fuente de alimento y la identificación proyectiva "delirante" con la madre interna, que borra la diferencia entre el niño y el adulto en lo que se refiere a capacidades y prerrogativas.

El mismo autor, en *Terror, persecución y temor* (1967) define el terror como una ansiedad paranoide, cuya cualidad esencial, la parálisis, no deja vía de acción. No es posible, dice, huir del objeto del terror, pues se trata de objetos muertos en la fantasía inconsciente. Los objetos pueden recobrar su vitalidad solamente por la capacidad reparatoria de los padres internos y su coito creativo. Si esa capacidad reparatoria de los objetos internos se ve estorbada por celos, por envidia destructiva o por ambos, la reparación no puede tener lugar. Solo un objeto de la realidad externa equivalente al pecho materno para el nivel infantil puede cumplir esta tarea. Luego, si la dependencia infantil está bloqueada con respecto a ese objeto externo,

- por la actividad denigratoria de la envidia,
- por la obstinación nacida de la incapacidad para tolerar la separación,
- por los ataques masturbatorios,

y cuando la dependencia de los objetos externos es inalcanzable o no se la reconoce, *aparece la relación de adicción a una parte mala del Self, el sentimiento de tiranía.*

La parte tirana es omnisciente y proclama una ilusión de seguridad, que se perpetúa por el sentimiento de omnipotencia originado en la actividad adjetiva.

El poder que ejerce sobre la parte sometida del *Self* radica en el temor de perder la ilusoria protección contra el terror. Meltzer homologa el concepto de terror con el " terror sin nombre" de Bion, y agrega que aparece en momentos en que se ha iniciado una rebelión contra el tirano en alianza con los objetos buenos, que luego se sienten como *inadecuados o inalcanzables.*

En el artículo *Tiranía* (1968), reitera que el terror es terror a los objetos muertos, los bebés dentro de la madre interna.

Ya en *Revisión estructural de las teorías de las perversiones y las adicciones*, Meltzer define la adicción como un tipo de organización narcisista de las estructuras infantiles, que debilita y puede desplazar totalmente la parte adulta de la personalidad en el control de la conducta.

Las partes infantiles buenas han desviado su dependencia de las figuras parentales y la han colocado en la parte mala del *Self*, en un primer momento como una forma de retirada, ante el sufrimiento depresivo, a la posición esquizo-paranoide, pero más específicamente ante la vivencia de terror con relación a los bebés del interior de la madre que han sido matados por celos posesivos, rivalidad edípica y temor al destete. "La estructura interna de la adicción consistiría en una esclavitud a partes cínicas de la personalidad que profanan a los objetos buenos y los expelen (manía) o los reprimen¹, enterrándolos en las heces"... Lo malo, lo satánico, lo destructivo, intenta pervertir la buena relación de las otras partes del *Self* con el pecho-pezones de la madre y ligarla a una pasividad adicta a sí mismo.

La vulnerabilidad de las estructuras infantiles buenas a esta influencia, depende de la adecuación del primitivo *splitting* e idealización del *Self* y el objeto. Cuando este *splitting* es inadecuado, la parte destructiva tiene muy fácil acceso a las partes buenas para ejercer su influencia en los momentos de sufrimiento o de tensión.

En *Perversión de transferencia*, aborda el problema que estos pacientes plantean cuando, dice, "... el adicto tiende a descolocar al analista de su acostumbrado rol, y convertir el proceso en otro que tiene la estructura de su tendencia adicta. La intención sería analizarse para aprender a modular su conducta y así poder continuar sus hábitos y vicios sin interferencias". La desesperación que hay detrás de esa intención debe ser resuelta y se inicia la lucha contra la enfermedad. Pero antes de que ello ocurra..." el

paciente realiza un esfuerzo para incluir al analista y al análisis dentro de su forma de vida como fuente reparadora constante; luego, la intención de crear un análisis interminable se hace clara, no solo del tipo persecutorio sino perverso y más destructivo".

Continuando con esta línea de pensamiento, incluyo el trabajo de Money-Kyrle "Desarrollo cognitivo" (1968), donde se interesa por el aspecto cognoscitivo del instinto, postula que "el paciente, clínicamente enfermo o no, sufre de malentendidos y concepciones ilusorias inconscientes"... El niño está preparado innatamente para descubrir la verdad y los impedimentos son principalmente emocionales". Relaciona estos obstáculos con los conceptos que Bion (1962) ha descrito como conflicto entre K y -K. Se propone esbozar una teoría de esta interacción entre la apreciación de la verdad y la voluntad de distorsionarla; une su punto de vista al de Schlik (1925) que sostiene que el conocimiento adquirido consiste no en un ser consciente de la experiencia sensorio-emocional, sino en *reconocerla*. Cuanto mejores sean las teorías analíticas, más fácil será para los analistas salir de la confusión gracias al reconocimiento y ayudar así al paciente a reconocer su desviación de la verdad.

En "El objetivo del psicoanálisis" (1971) sigue refiriéndose al conocimiento, a lo que él llama el aspecto cognitivo del instinto. Selecciona entre los primeros actos de reconocimiento:

- 1) el reconocimiento del pecho como el supremo objeto bueno;
- 2) el reconocimiento del coito de los padres como el acto supremo de creación;
- 3) el reconocimiento del paso inevitable del tiempo, y en última instancia, de la muerte.

Relaciona sus ideas con las preconcepciones innatas de Bion y las liga a las ideas de Meltzer sobre masturbación anal y la identificación proyectiva, para producir un "sustituto espurio" del objeto real que no se recuerda más.

Concluye preguntándose en qué sentido esta noción y otras como ella son de valor en la teoría o en la práctica del psicoanálisis. Tendría que mostrar que es de utilidad para los analistas prácticos. Ante este cuestionamiento que se hace Money Kyrle, y pensando en mi experiencia con adictos, reconocía que estos conceptos me resultaban útiles para intentar comprender cómo se dan los fenómenos transferenciales en ellos.

R. H. Etchegoyen en Las formas de la transferencia (1978), en el capítulo sobre Narcisismo y transferencia, expresa que "las llamadas neurosis narcisistas presentan indudables fenómenos de transferencia "... Afirma la existencia de fenómenos de transferencia en las psicosis, para visualizar más tarde la forma peculiar de la "neurosis" de transferencia en los perversos, los psicópatas y los adictos: la "neurosis" de transferencia de un psicópata es psicopática, de un perverso, perversa y -agrego- *de un adicto, adicta*. Continúa diciendo que no es que la transferencia no exista: al contrario, es tan abrumadora que nos envuelve por completo. Si uno entiende estas formas no como especiales sino como la norma de la experiencia misma, puede responder más adecuadamente y dar con la interpretación correcta. Las estructuras perversa, psicopática y de adicción, hacen necesario un modelo distinto, una manera de decir que nos separa cada vez más de lo habitual. Etchegoyen propone en consecuencia una redefinición de la neurosis de transferencia para hacer este concepto más preciso y más acorde con los hechos clínicos, y también de la neurosis de contratransferencia, concepto de Racker (1948-1953) en el que ésta asume un carácter psicótico, perverso o psicopático *-agregaría adicto-*, complementario al de la transferencia del analizado según sea el caso.

Concluye con un capítulo sobre "Amor de transferencia", al cual cualifica diciendo que a veces está alimentado por un delirio erótico, otras veces puede ser un síndrome maniaco, apareciendo en otras como perversión con respecto al objeto sexual con característica de psicopatía y, por último, con los caracteres de una toxicomanía.

B. Delimitación del concepto de adicción de transferencia

1. Algunas consideraciones de índole general.

No puedo menos que recalcar la palabra *intento* para introducirme en este tema, que constituye un grave problema, tanto psicoanalítico como psiquiátrico y social.

Es generalmente aceptado que, en la medida en la que un paciente neurótico concurre voluntaria y espontáneamente en busca de análisis, la neurosis de transferencia se instalará en el proceso de manera gradual. En *Introducción al narcisismo* (1914) Freud decía que las personas cuya vida sexual estaba profundamente comprometida con perversiones, no venían a ser curadas; esto también podía atribuirse a los adictos. No es frecuente que un adicto busque ayuda terapéutica, ni muchos menos que desee genuinamente tratarse psicoanalíticamente. Por lo tanto, los fenómenos de adicción de transferencia de los que hablaré a continuación, son

aquellos que se pueden detectar -entre otros- en pacientes que son traídos a terapia por la familia por los problemas que plantean con su adicción a las drogas o al alcohol, o bien concurren espontáneamente, por cualquier otro tipo de motivaciones manifiestas no relacionadas con su adicción.

Un adicto tiene un tipo de personalidad que lo lleva a establecer un ligamen tal con una droga (en algunos casos con un equivalente no farmacológico), que lo transforma en alguien que depende de esa droga, debiendo aumentar gradualmente las dosis en cantidad o frecuencia, y que cuando se ve privado del suministro, sufre por carencia una reacción tanto psicológica como biológica, el síndrome de abstinencia.

Estos pacientes buscan el placer, un placer sin límites, sin zozobras, libre de ansiedad.

Para poder hablar de adicción de transferencia debe contarse, como ello implica, con una relación médico-paciente; en un adicto, esto es sumamente difícil de lograr. No busca, -ni muchos menos acepta, un encuadre terapéutico psicoanalítico "clásico"; el se "auto-abastece" y recién cuando la realidad lo enfrenta con la insuficiencia o precariedad de dicho autoabastecimiento, entra en graves e intensas crisis de ansiedad que le permiten, por lo menos, una "manifiesta" aceptación del tratamiento analítico.

Entiendo, por lo pronto, que como psicoanalista es imprescindible, para intentar el abordaje terapéutico, tomar precauciones previas, tales como entrevistas de pareja y de familia, e indicar tratamientos de pareja o de familia paralelos al tratamiento psicoanalítico, debido a que estos pacientes siempre desempeñan un determinado rol en el mantenimiento de la homeostasis familiar, y por lo tanto, todo intento de modificación debe respaldarse en la adecuada atención de los cambios que se puedan producir en todos los involucrados. En caso contrario, en mi experiencia, resulta riesgoso para la continuidad del tratamiento intentar llevar adelante sola tan difícil y ardua tarea. Si al estado psicológico determinado que padece se agregan la intoxicación y confusión provocadas por la droga, oí, muy probable que, antes del tratamiento ambulatorio, sea además necesaria la hospitalización, para lograr la abstinencia.

Lo inevitable de estos pasos previos y simultáneos, constituye una seria complicación con respecto al desarrollo del primer momento del proceso, la recolección de la transferencia.

2. Características especiales de este tipo de vínculo.

El paciente vive al analista como algo o alguien que lo priva de su posibilidad y deseo único de obtener placer y alivio. Al establecerse una relación de trabajo analítico, de inmediato o a la brevedad, según el caso tratará de trasladar al analista la misión de proporcionarle dicho placer y calma para su ansiedad.

Entiendo que ésta sería la *característica primera* de lo que llamaría la adicción de transferencia: el paciente se "instala" en su tratamiento para reemplazar la droga, el alcohol y otros, por *la presencia cosificada del terapeuta*. Esto estaría en la misma línea de Money-Kyrle, acerca de la búsqueda del sustituto espúreo del pecho, tras una separación sentida como demasiado larga, y de H. Etchegoyen, quien en *Las formas de transferencia*, habla de una paciente que estaba ligada a él, como un tóxico del cual ella se sentía depender.

Claro que tampoco esto es tan sencillo: pese a los intentos para no ver al analista como una persona, éste no constituye la "cosa tan a mano" en la medida en que hay interrupciones, principios y finales de sesión, de semana, vacaciones. Ante esto, el problema es doble, y aquí aparecería una *segunda característica: necesita e intenta cosificarse para el analista*, serle necesario, para que el analista también se drogue con sus producciones -cosas, manteniendo así el estatismo de una relación especular, que podría llegar a no tener límites; paciente y terapeuta serían así los dos uno.

Trata de inmovilizar, adormecer, engañar, drogar al terapeuta, intentando desde el comienzo perpetuar su enfermedad, trasladada ahora naturalmente al campo terapéutico. Tampoco le queda otra alternativa. Contratransferencialmente, en términos generales, el analista suele estar prevenido y alerta con respecto a las identificaciones proyectivas masivas de un psicótico, del alegato ideológico de un perverso y de las actuaciones de un psicópata, situaciones por cierto muy difíciles de resolver; en cambio, suelen pasarle inadvertidas las características de la transferencia del adicto, que así resultan con más frecuencia egosintónicas, configurando con cierta facilidad fenómenos del tipo de la "reversión de la perspectiva" de Bion. El objetivo de constituir una unidad, en la cual se anule la polaridad sujeto-objeto, está aquí, pero no le es específico ni exclusivo: por ejemplo, se encuentra también en la perversión de transferencia con la que se la unifica. Pero en ésta, la finalidad de conseguir la unidad, y que el analista no tenga autonomía, se intenta llevar a cabo mediante el alegato, el desafío y la postura ideológica que se atribuye a sí y que necesita que sea compartida. De esta manera, agregaría, se otorga "movilidad" al vínculo. Por el contrario, en la adicción de transferencia, el paciente se instala con *un alto grado de sutileza, sintónica y calladamente*, para recibir interpretaciones-cosas-drogas. Esta sería

una tercera característica.

Ante esto, al analista le cabe reconocerse como captador de esa necesidad, y no como proveedor que la satisface (Irving Harris, *Sueños con el analista*).

Una *cuarta característica* sería la necesidad del "terapeuta a mano". De allí, y como ocurría con la paciente presentada, los pedidos de agregar sesiones, cambiar horarios, las llamadas telefónicas (más frecuentes los fines de semana), la investigación de la vida privada del analista, todo esto equiparable a la búsqueda, ubicación y reconocimiento del trasero.

Así, terapeuta y paciente, los dos uno, sin nada externo de qué depender, constituirán una omnipotente y omnisciente unidad sin la zozobra que una ausencia-presencia pudiera despertar. Esto de convertir al analista en su trasero, que lo provea omnipotentemente de lo que él desea, y no de lo que el analista-objeto externo-pecho le pueda dar, aparece en la frecuencia con que estos pacientes buscan o eligen terapeutas poco entrenados en el quehacer psicoanalítico, para instaurar y asegurarse un pseudo-tratamiento.

El adicto traslada su adicción insensible, sutilmente, como algo inherente a su ser. Si él no tiene tolerancia a la separación, no puede relacionarse con un objeto-analista-pecho, lo toma al modo narcisista como una parte de su Self, y se ofrece a él en consecuencia; la garantía de permanencia sería -en el caso de que lo logre- absoluta, en la medida en que él podría asumir el control de una parte de sí, colocada ahora en el terapeuta. De esta manera, la continuidad de la relación (adicta) y no del análisis, tiende a perpetuarse y, por el contrario, cualquier intento de corregirla desestabiliza bruscamente el vínculo y la continuidad del análisis se hace altamente difícil, porque cada vez que se reconoce al terapeuta como "otro" con autonomía, la ansiedad que ello despierta, puede llevar a diferentes grados de *acting-out* y aun a la interrupción: por la índole de la adicción de transferencia, la puesta en marcha del real proceso es cabalmente un síndrome de abstinencia.

3. Una propuesta de compresión de este vínculo.

La idea de Freud de una estrecha relación entre la masturbación y la adicción, actualmente puede comprenderse mejor a partir de los trabajos de Meltzer y Money-Kyrle, en cuanto a la identificación de la droga con las heces. La masturbación, en este caso, sería una masturbación anal.

La relación con el objeto espúreo (trasero-heces), siguiendo sobre todo a Money-Kyrle, es una relación narcisista; si el trasero es ubicado en el lugar del pecho, aquél se constituye en el objeto con el cual establece un intenso vínculo.

El tener a mano el objeto-trasero, identificado con el pecho que provee heces-drogas, sería también la consecuencia del dominio de la parte cínica de la personalidad, concepto con el que J.Zac tanto ha insistido entre nosotros (1974), obstaculizando así una sana relación entre los sectores necesitados y los objetos externos.

Todo paciente traslada su enfermedad a la transferencia. En el caso especial del adicto, traslada su adicción. Ya que la adicción, como decía Freud, es un equivalente de la masturbación, mi propuesta es comprender los mecanismos de este vínculo a partir de ver a un adicto como un paciente que instala su autoabastecimiento en la sesión analítica.

El relato de la actividad masturbatoria, con características compulsivas y sin interrupción, aparece con frecuencia y precozmente en el adicto.

Con un oculto desafío, no quiere depender, pese a la aparente actitud colaboradora, agradable, que no hace más que encubrir su deseo de autoabastecerse con sus propios productos, tales como palabras, sueños, recuerdos, transformando, cuando puede, las palabras-interpretaciones del analista en otros elementos que le puedan brindar satisfacción y alivio, simplemente como drogas.

Ese aspecto oculto y desafiante expresa su rechazo por el terapeuta en cuanto pecho nutricional envidiado y en consecuencia atacado.

El mudo desafío, expresión de rabia y celos, oculta otro aspecto, hambriento y desesperanzado de poder lograr alguna vez la posibilidad de un buen contacto, que sea sentido como suficiente.

El arduo trabajo que emprende el analista consistiría en poder llegar a conseguir que ese aspecto del Self desafiante y obstinado no sea un obstáculo para que el aspecto bebé necesitado se pueda "prender al pecho".

Así como a una mamá le angustia el rechazo rotundo de su bebé por el alimento que le brinda, y busca mil variantes para complacerlo, el terapeuta también puede sentir ansiedad y, de manera inadvertida para sí, buscar brindar al paciente "interpretaciones atractivas" para, en un como si lo alimentara, fundamentalmente calmarse a sí mismo. En cambio, la tarea debería estar -si se me permite este modelo- en poder aceptar e instaurar pacientemente el goteo alimentario que el adicto admite, hasta que un "buen ritmo de mamadas" pueda ser aceptado.

La actitud desafiante y retadora que vemos una y otra vez, en la transferencia del adicto pasa a ser la expresión del aspecto bebé enojado y rabioso, que se resiste a comer, como castigo a la mamá que debería darle tanto como él vorazmente supone, y con total exclusividad. Entiendo que esto podría expresarse como "- Me las puedo arreglar solo. No te preciso. Porque voy a aceptar lo que me das, si no es tanto como yo quiero. Te quiero sólo para mí, y eso no lo obtengo. Con papá tenes otros bebés a quienes preferís y por quienes me dejas.

Yo sólo estoy bien y sólo me sé dar placer. Te dejo sola a vos; por mi parte voy a hacer lo que quiero".

Así, auto alimentándose y satisfaciéndose con sus propios productos -heces, el se nutre, el procrea sus propios bebés; él lo es todo. Poder aceptar al pecho-nutricio-analítico, con las "interferencias" y limitaciones que el encuadre supone, debiendo tolerar la presencia de otros bebés-pacientes-rivales, implicaría verse reducido, de un bebé retador y omnipotente, a un bebé hambriento y necesitado; y esto es lo que le cuesta tolerar.

4. Delimitación del concepto de vínculo adictivo.

Son muchos los autores que unifican los psicodinamismos del perverso y del adicto. Si bien es cierto que es frecuente encontrar rasgos perversos en el adicto y adicciones en el perverso, mi propuesta es delimitar desde la dinámica transferencial, las características propias del vínculo adictivo.

La idea del dominio de un aspecto tiránico, cínico del *Self*, es tan pertinente a la perversión como a la adicción, aunque en ésta las cualidades de obstinación y desafío serían a mi juicio más relevantes. Las tácticas y estrategias que el paciente utiliza en cada caso son diferentes: en uno busca el placer en el dañar; el adicto trata de conseguir el placer con un objeto complaciente y cosificado. El perverso, bajo la gravitación de sus aspectos tiránicos, goza dañando a otro. El adicto busca la autosatisfacción, corro placer solitario; si en su desesperación por conseguirlo inflige un daño a un tercero, esto es secundario, no su objetivo primero. Para graficarlo diría que un perverso es un niño que goza haciendo sufrir y dañando a un inofensivo animalito. Tras un adicto me imagino un chico solitario y enfurruñado, que se pasa el día succionándose el pulgar.

En la relación analítica, el perverso trata de manera ostensible de atacar el vínculo con el terapeuta, a quien denigra fundamentalmente por no coincidir con la ideología que él postula. El adicto descuenta que va a tener que seguir con su propia búsqueda, porque el anhelo de alimento y cuidado es tal, que de seguro lo que se le ofrece no va a ser suficiente. Luego la alternativa *no ostensible* es recrear otro lugar donde continuar su solitario abastecimiento: sus sesiones.

Aunque el componente voracidad resulta el más manifiesto, en realidad me inclino a pensar que este tipo de pacientes tiene una personalidad con caracteres fuertemente narcisistas,

que, con un Yo débil, intolerante al dolor que implica la dependencia del pecho, opta por constituirse en su propio proveedor, o bien adherirse, parasitar a algo o a alguien, en una unión sin tiempo. Esto implicaría la instrumentación "exitosa" de la envidia, que así no podría percibirse fácilmente en el material. La finalidad de analizarse queda totalmente dejada de lado.

Si bien, como dice M. Klein en *Envidia y gratitud* (1957), no puede trazarse una línea divisoria entre envidia y voracidad por encontrarse ligadas, en la medida que este proceso tiene más que ver con la proyección (pecho identificado con nalgas, heces identificadas con alimento), diría que un elevado quantum de envidia sobre determina este tipo de relación, sin excluir la voracidad y además los celos.

Al tratar de establecer un vínculo con el analista, al que equipara a droga-alimento-heces, intenta transformarlo en una parte complaciente de su *self*, ante quien se somete adjetivamente tomando sus interpretaciones como heces idealizadas. También intenta drogarlo, convirtiéndolo en alguien igual a él, o en una parte de él, su propio trasero, siendo así, los dos, uno.

Este vínculo con el objeto, en el cual él es el objeto, implica un vínculo -K, envidia y odio a conocer. Excluye así el conflicto con el pecho, con el coito de los padres, con los bebés productos de aquel y, en última instancia, el conflicto con el tiempo y la muerte.

Intentar la posesión del analista-trasero (que lo provea) de interpretaciones-heces, implicaría llegar a lograr la posesión permanente del pecho-trasero "nutricio", con el que cuenta, y así no tener que depender. Incluiría también la posesión del pene del padre, retenido o expelido a voluntad, reproduciendo así el coito de los padres, en el que las heces serían también los bebés que infinitamente puede concebir. En esta constelación no habría cabida para el tiempo, con el consecuente dominio sobre la vida y la muerte.

Agradezco a los Ores. D. Liberman y J. Zac Etchegoyen que con su estímulo y entusiasmo, contribuyeron a que me decidiera a escribir este trabajo, y agradezco al Dr. fí. H. Etchegoyen que se brindó tan generosamente al leer y comentar el borrador, con valiosas observaciones.

Resumen

A partir del material de una paciente adicta que, a pocos meses de iniciado su tratamiento, reiteraba una llamativa secuencia de sueños con color, en los cuales en un momento determinado se repetían los rojos y azules, comencé a reconocer la necesidad de rescatarme del circuito en trópico en el cual estaba incluida, drogándome con dichos sueños.

Para ello, y tomando en este caso los sueños, —aunque entiendo que cualquier otro material sería válido— recurrí a una serie de indicadores que sirvieron para ubicarme y entender que estaba en un impasse. A partir de ese momento de contratransferencia adictiva y de las enseñanzas de su elaboración, intenté caracterizar y delimitar el concepto de adicción de transferencia.

Concluyo con este tipo de pacientes, con una personalidad definida-mente narcisística, traslada insensiblemente a la transferencia su necesidad de autoabastecimiento y un componente masturbatorio anal. Intentan transformar al terapeuta en un no objeto externo, dominados por una parte tiránica de su self que, al mismo tiempo que les reasegura protección frente al terror ocasionado por las consecuencias de sus ataques envidiosos al pecho nutricio y al coito de los padres, los nutra de interpretaciones-heces idealizadas, para continuar así una nirvánica unión con ellos mismos, sin tiempo. El desconocimiento y cosificación del analista obviaría la ansiedad despertada por el objeto externo-terapeuta-pecho nutricio que de ser-reconocido lo enfrentaría con la intolerable zozobra de la alternancia de su presencia y ausencia.

Summary

From the material of a drug-addict (female) who, after a few months of analysis, produced a striking series of colour dreams, mainly in red and blue, I began to realize the need to escape from the vicious circle in which I was caught through my own "addiction" to these dreams.

To this purpose, and on the basis of the dreams, —although I feel that any other material would also have been valid— I resorted to a number of indicators which enabled me to understand that I had reached an "impasse". From this situation of addictive counter-transference and its subsequent working-through attempted to define the concept of transference addiction.

I draw the conclusion that patients of this kind, with a marked narcissistic personality, imperceptibly carry over to the transference their of self-sufficiency and an anal-masturbatory component. They try to transform the therapist into an external non-object, for they are dominated by a tyrannical part of their self, which, while protecting them against the terror of the consequences of their envious attacks on the nourishing breast and the parents' coitus, feeds them with idealized feces-interpretations, thus maintaining a timeless Nirvana-like union with themselves.

The denial and reification of the analyst allows them to ward off the anxiety that would result from the recognition of the external object-Therapist-nourishing breast, and would face them with the unbearable uncertainty of his alternating presence and absence.

Resume

A partir du matériel d'une patiente toxicomane que, peu de temps après d'avoir commencé son traitement réitérait une étrange suite de rêves colores où, à certain moment, se répétaient les couleurs rouge et bleu, je commençais à reconnaître le besoin de me délivrer de l'enclenche entropique dans laquelle j'étais en fermée, en me droguant avec ces rêves.

Pour y parvenir, et en prenant les rêves -quoique je considère qu'un autre matériel quelconque aurait été aussi valable—, je dus d'avoir recours à une série d'indicateurs pour me rendre compte que j'étais dans une impasse. A partir de ce moment de contre-transfert toxicomane et des leçons laissées par son élaboration, je tâchai de caractériser et de serrer le concept de toxicomania de transfert.

J'arrive à la conclusion que ces patients, ayant une personnalité foncièrement narcissiste, ils déplacent insensiblement au transfert leur nécessité d'auto provision et une compulsive masturbatoire anale. Pressés par une partie tyrannique de leurs Self, ils tentent de transformer le thérapeute en un non-objet externe, tachant d'obtenir de celui-ci une protection face à la terreur produite par les conséquences de leurs envieux attaques au sein nourricier et au coit parental, et en même temps, des interprétations-fèces idéalisés comme nourriture, pour ainsi maintenir une nirvanique union avec eux-mêmes au delà du temps. La méconnaissance et réification de l'analyste permettrait de surmonter la détresse éveillée par l'objet externe-thérapeute-sein nourricier, tandis que, s'il était reconnu, le patient devrait s'affronter à l'intolérable inquiétude produite par l'alternance de sa présence et absence.

Bibliografía

ABRAHAM, K. 1908. "Relaciones psicológicas entre sexualidad y alcoholismo"

- Rev. Psicoanálisis*, 4 (3) 1947. BARANGER, W. 1969. "El sueño como vía de comunicación", en Baranger W. y Baranger M. *Problemas del campo psicoanalítico*. Ed. Kargieman, Bs. As, 1969.
- BION, W. 1963. *Elementos de psicoanálisis*. Bs. As. Hormé, Pag. 74 - 89. BLEGER, J. 1972 "Criterios de curación", *Hev. Psicoanálisis*, 30 (2), 1973, pág. 336. BLUM, H. "El color en los sueños" *Int. J. Psycho-Anal.*, 45: 519 - 529. 1964. Ficha APA págs. 6, 7 y 18. ERICKSON, E. 1949 "El psicoanálisis de los sueños". En Knight. R. *Psiquiatría psicoanalítica*. Bs. As. Hormé, 1960. ETCHEGOYEN, R. H. "Las formas de la transferencia". Leído en APDEBA el 25/4/1978.
- FREUD, S. "Carta a Fliess" N° 79 del 22 XII 1897, B. N., 3:798. FREUD, S. 1905. *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. B. N. 1:789. FREUD, S. "Introducción al narcisismo", 1914, B. N. 1:1 079. FREUD, S. *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, 1916 - 1917 B. N. 2:96.
- FREUD, S. 1925,"Los límites de la interpretabilidad de los sueños". B. N. 3:131. FREUD, S. 1928 "Dostoevski y el parricidio", B. N. 2:1052 3. GRINBERG y col. "Función del soñar y clasificación clínica de los sueños en el proceso psicoanalítico". *Rev. Psicoanálisis*, 24 (4), 1967. HARRIS, I., "Sueños con el analista" *Int. J. Psycho-Anal.* 1962 43/151.**
- HEIMANN, P. "Dinámica de las interpretaciones transferenciales" *Int. J. Psycho-Anal.* Vol. XXXVII Parte IV - V pág. 303, 1956.
- KLEIN, M., 1957, *Envidia y gratitud*. Bs. As. Hormé, 1969. LIBERMAN, D., *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Nueva Visión, Bs. As., 1972. MELTZER, D., "La relación entre la masturbación anal y la identificación proyectiva", *Rev. Psicoanálisis*. Tomo XXIV (4), 1967 MELTZER, D. *El proceso psicoanalítico*. Bs. As. Hormé, 1968.
- MELTZER, D., "Terror, persecución y temor" (1967), "Tiranía" (1968), "Revisión estructural de las teorías de las perversiones y las adicciones", "Perversión de transferencia", en: *Los estados sexuales de la mente*. Cúnie Press, Perthshire, Scotland. 1973. Reedición 1979. MONEY KYRLE, R. E., "Desarrollo cognitivo", 1968, *Rev. Psicoanálisis*. Tomo XXVII (4) 1970. MONEY KYRLE, R. E., "El objetivo del psicoanálisis", 1971. *Rev. de Psicoanálisis*, Tomo XXX, (1), 1973.
- RACKER, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Bs. As Paidós, 1960. ROSENFELD, H. "Enfoque clínico sobre la patología del narcisismo". *Int. J. Psycho-Anal.* Volumen 45, Partes 2 - 3, 1964. ROSENFELD, H. "Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y de muerte". Una investigación clínica de los aspectos agresivos del narcisismo. *Rev. Urug. de Psicoanálisis*. Tomo XII, 1971 - 72. ROSENFELD, H. "Sobre adicción a las drogas" (1960), "Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo" (una revisión crítica de la literatura psicoanalítica), en *Estados Psicóticos*, Bs. As. Hormé, 1974. SAVITT, R. "Estudios psicoanalíticos sobre la adicción- la estructura del yo en la adicción a narcóticos", *Psychoanalytic Quarterly*, XXXI 1, 1963- *Rev. Psicoanálisis*, Tomo XXIII, N° 3, 1966. ZAC, J. Comunicación personal. 1974. Supervisión colectiva A.P.A.