

# **La adicción de transferencia. Acerca del análisis de una paciente alcohólica.**

*Elsa H. Garzoli*

El tema de la transferencia, eje del proceso analítico, y especialmente la que instala un paciente adicto, ha sido una de las inquietudes que me despertó el estudio e investigación de la Teoría de la Técnica. Comencé a pensar en ella a raíz del tratamiento de una paciente (por cierto muy grave), por quien me había dejado envolver, fundamentalmente, por el relato de sueños coloridos con los que ella me proveía a diario. Tras la observación de una serie de sesiones en las que descubrí que estaba haciendo un seudoanálisis de los mismos, entendí que se había creado una situación de impasse analítico: el análisis estaba detenido. Esto constituyó la base del trabajo “La interpretación y los sueños, un peligro de adicción del analista”, que presenté en el Simposio y Congreso Interno de APdeBA (1979).

Una serie de indicadores me permitió rescatar de ese estatis-  
mo, y no seguir sumida en la adicción de contratransferencia,  
alimentada por tan fascinante material. Reencauzado entonces el  
proceso, pensando en las características observables del vínculo  
establecido, surgió en mí la necesidad de intentar conceptualizar  
su configuración, distinta de la que instala cualquier otro cuadro  
psicopatológico. Los conceptos de neurosis de transferencia, de  
psicosis de transferencia y de perversión de transferencia –esta  
última unificada con la de los adictos– no se adecuaban por sus  
características a mis comprobaciones clínicas. En consecuencia,  
en la tesis que postulé sostuve que tenía características propias y  
específicas, tal como el cuadro nosológico del adicto es diferente

a cualquier otro (tema desarrollado en “Sobre la adicción de transferencia”, leído en APdeBA, en el Ateneo del 10 de junio de 1980 y publicado en *Psicoanálisis*, N° 1, 1981, Vol. III).

Desde entonces seguí trabajando en esta delimitación. Esto implicó reconsiderar fundamentalmente el trabajo de Meltzer sobre “Perversión de transferencia” de 1974 y el de R. H. Etchegoyen de 1977.

El peso de tales concepciones teórico-técnicas me llevaron naturalmente a sostener permanentes cuestionamientos de mi propia tesis.

Meltzer unifica la transferencia perversa con la adicta; no hay diferencias para él entre una y otra. Etchegoyen escribe sobre “Perversión de transferencia”, sin hacer referencia alguna a los adictos. Por ello, quince años después, habiendo efectuado análisis a otros pacientes adictos a drogas y al alcohol, y a obesos, puedo seguir sosteniendo que la forma de instalación en el proceso de un adicto es distinta a la de un perverso. Tal como lo dice Etchegoyen respecto a la perversión de transferencia, el concepto de adicción de transferencia es también un concepto técnico.

Incluyo el historial de July, una paciente alcohólica que tuve en análisis, y desde allí retomaré la comprensión del vínculo transferencial en el adicto.

#### **A. LA HISTORIA**

Conocí a July en el verano de 1988. Estaba internada en una clínica psiquiátrica. El psiquiatra que me la derivó la había recibido en su consultorio en el mes de febrero, alcoholizada, sin poder detener la compulsión a beber, por lo cual había entendido que la internación era la mejor manera de contenerla hasta mi regreso de vacaciones. Ella, a su vez, había aceptado de buen grado; era su rutina internarse periódicamente en momentos de altas dosis de ingesta.

Era una mujer agradable, de sonrisa fácil, muy delgada, rubia; sostenía prolijamente el peinado con un recogido. Los cuarenta años no se evidenciaban en su porte adolescente. Se sentó frente a mí muy atildada, erguida, y comenzó el relato de la historia de su alcoholismo y de la adicción a drogas despertadoras e hipnó-

ticas para contrarrestar los efectos del alcohol. Transmitía la sensación de que estaba refiriendo una crónica que ya había sido repetida muchas veces –hasta me atrevería a asegurar con las mismas palabras–, a los numerosos médicos clínicos, psiquiatras y psicoterapeutas que la habían tratado a lo largo de su vida, evidentemente sin éxito.

Había nacido en una provincia. Su padre, hombre muy querido del lugar, trabajaba una extensa zona agrícola-ganadera que compró con su esfuerzo. Lo veía poco porque siempre estaba en el campo. Ella y la madre eran las encargadas de atenderlo cuando regresaba alcoholizado; bebía tanto, que no podía valerse por sí mismo.

La madre, siempre en la casa, atendía poco la rutina diaria porque había mucho personal para hacerlo; se dedicaba principalmente a coser la ropa de sus hijos.

De los seis hermanos, July era la tercera. El mayor, escribano, había estado mucho junto al padre en la administración de los campos; le seguía una hermana, muy admirada por su físico y su autonomía, que hacía las veces de madre sustituta. En el orden de los nacimientos continuaba July, seguida con pocos meses de diferencia por otra hermana que, a su vez, llevaba poco tiempo a la hermana siguiente; por último un hermano menor. Todos ellos tenían serios problemas en sus parejas; algunos estaban divorciados y casados nuevamente. Una de las hermanas menores había tenido un episodio de anorexia nerviosa por el cual había estado internada; la otra, hizo un brote psicótico que también requirió internación.

July pasó sus primeros quince años de vida entre una ciudad de provincia y la casa de campo de sus padres. La escolaridad primaria y parte de la secundaria, en una escuela dirigida por monjas, fue brillante en cuanto a las calificaciones obtenidas. Muy respetuosa de las consignas dadas por sus maestras y profesoras, cumplía con sus lecciones, el catecismo y la concurrencia a misa. Llegó a pensar que podría ser monja.

A los once años la sorprendió la menarca, que un médico del lugar –según sus relatos– medicó y suprimió. Reapareció al año y medio, comenzando entonces sus temores a engordar. Tuvo un cuadro de anorexia de poco tiempo de duración, por el cual debió ser tratada.

Al año siguiente ingresó al secundario, que cursó con éxito

hasta los dieciséis años. A esa edad vino a Buenos Aires porque la familia se trasladó para que su hermano mayor estudiara en la facultad.

Al no poder ingresar a la misma escuela de sus hermanas se sintió mal, sola y sin sus amigas. Inició la ingesta de anorexígenos para no sentir apetito y aliviar su depresión, y de alcohol y sedantes para conciliar el sueño por la noche. Cuando a los diecisiete años debió rendir examen final para su carrera de piano, tuvo tal cuadro de angustia, que se le endurecieron las manos, olvidó la partitura, se retiró y nunca más volvió a intentarlo pese a tener condiciones.

Pudo terminar los estudios secundarios, se puso de novia y se casó con un amigo del hermano mayor de su provincia natal. Lo hizo porque “mis amigos, primos y hermanos decían que él era para mí”. La madre y las hermanas también le decían lo que debía hacer, pero como estaba muy delgada y era admirada por todos, se sentía bien.

Al casarse inició su vida sexual. Para poder sentirse bien siempre tuvo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. Enseguida quedó embarazada de su primer hijo; aterrorizada, siguió tomando alcohol a escondidas para calmarse. El parto, la lactancia, todo le daba miedo. Con los otros tres hijos le ocurrió lo mismo; fue ayudada por el personal que atendía la casa de los suegros en la cual vivió siempre de casada.

Realizó varios intentos terapéuticos que fracasaron.

Siete años antes de la consulta, el marido le planteó con mucha angustia que estaba enamorado de otra mujer y que había pensado en separarse. A su vez, ella decidió venir a Buenos Aires para que su hijo mayor ingresara en la facultad. Tres años más tarde murió su padre a consecuencia de una cirrosis.

Cuando comencé con las entrevistas en la clínica, todavía estaba muy presente la muerte del padre y la separación del marido más definida. Vivía en un departamento con sus hijos, quienes la asistían en sus frecuentes episodios de alcoholismo. Ese verano había ido a la costa con ellos, con dos de sus hermanas y todo un grupo de amigos de su provincia. Como se sentía tan mal, tomaba en grandes cantidades; llegó un momento en que necesitó volver, “porque estar con tantos conocidos me ponía todavía peor”. Es entonces que recurre a su última internación en la cual la encuentro.

Mi propuesta fue que iniciáramos un análisis. Simultáneamente otro colega la medicaría y coordinaría la internación domiciliaria con un equipo de acompañantes terapéuticos. En un paso subsiguiente agregaríamos terapia familiar con sus cuatro hijos.

## **B. LA INICIACION DEL PROCESO ANALITICO**

July fue una “paciente ejemplar” durante los dos primeros años de tratamiento. Aceptó de buen grado las cuatro sesiones semanales y la medicación instituida. Las acompañantes terapéuticas convivieron con ella los tres primeros meses; la llevaban a sesión, a los grupos de Alcohólicos Anónimos (a los cuales pertenecía y con los que continuaba) y al coro, actividad que inició a poco de comenzar su análisis.

En el mes de julio convino con el psicofarmacólogo que podía prescindir del acompañamiento nocturno y en agosto, se suspendió el diurno. Estaba siempre hiperactiva; sus sesiones también tenían un ritmo de relato acelerado. No manifestaba deseos de tomar alcohol. Lo central de su primer año de terapia fue la necesidad de mostrar su recuperación; ante mí y ante todos era la buena alumna, la que papá escuchaba con deleite cuando ella estudiaba piano; la niñita rubia, correcta, admirada por todos.

Efectivamente, había cambiado: estaba más linda, activa, dispuesta, interesada. Descubría la vida de la cual se había privado, prefiriendo por miedo el sopor del alcohol. Todas las personas que encontraba tenían siempre una palabra de halago para ella y su recuperación; además la veían diferente. Ella se regodeaba con ello, despertando admiración y simpatía como cuando era niña.

Conmigo se esmeraba para cumplir con los horarios, aunque le costaba mucho ser puntual, y con los honorarios que pagaba siempre cuidadosamente.

Toleró la interrupción de las sesiones durante algunos fines de semana largos, en que iba al campo a ponerse al tanto de la administración que del mismo realizaba su ex-marido. Pudo, asimismo, enfrentar la movilización producida por el nacimiento de la primera hija que él tuvo con su actual mujer. Para sus primeras vacaciones de análisis tomó contacto con el equipo de acompañantes para asegurarse que estuvieran en Buenos Aires, pero no necesitó llamarlas.

El segundo año de análisis siguió con las mismas característi-

cas. Decidió ponerse a trabajar. Por intermedio de un conocido entró en una empresa para promocionar ventas en tan crítico momento del país que lo que ella ofrecía (gastos de publicidad), no era aceptado. Al igual que casi todas sus compañeras de equipo llegó al mes de noviembre sin efectivizar contratos.

Se agregó a esto que prescindieron de ella en el coro del cual formaba parte, de una manera poco clara y agresiva. Ambas situaciones la angustiaron mucho; se sumaban mis vacaciones, y ella no podía ser “la perfecta” ante ambos fracasos y el esfuerzo que le demandaba la interrupción.

Sus amigas y algunos familiares veraneaban en enero; yo tomaba mis vacaciones en febrero. Decidió interrumpir el análisis la primera quincena de enero, y llevar también a sus hijos de veraneo.

En el ínterin, durante la segunda mitad del segundo año, la comunicación con el psicofarmacólogo había sido un tanto dificultosa. Sus llamados no siempre tenían respuesta, y a veces le resultaba complicado obtener las recetas para las prescripciones de la medicación que, atinadamente, se le había instituido en forma constante y moderada.

A fines de diciembre, antes de irse, tuvo una entrevista con él en la cual surgió un conflicto que ella no trajo a sesión. Se fue, y a su regreso me relató que había tenido un episodio de alcoholismo; había tomado mucha cerveza el fin de semana previo a su regreso a Buenos Aires. Con el inicio de las sesiones logró detener la ingesta. Cuando interrumpimos en febrero, estaba muy preocupada por una posible recaída que efectivamente se produjo, pero fue breve.

Cuando retomó sus sesiones en marzo estaba muy angustiada. Su temor manifiesto era que yo me deshiciera de ella. Pudo contarme lo ocurrido con el psicofarmacólogo a mediados de marzo. Surgía de ello, de forma poco clara, que él no iba a continuar con su seguimiento. Me aboqué a la búsqueda de quien lo reemplazara, y así fue que retomó con otro colega.

No obstante, siguió tomando cerveza esporádicamente sin llegar a alcoholizarse, pudiendo venir a sesión, muy angustiada, pero lúcida.

La relación con los hijos se hacía más difícil desde enero. En junio cumplía años su hija mayor. El día del cumpleaños se despertó con ganas de beber; fue a hacer las compras para el

festejo familiar de la tarde, y agregó una botella de whisky y dos de cerveza. Los hijos la descubrieron y la obligaron a vaciar su contenido.

El lunes siguiente llegó a sesión sumamente angustiada y con un intenso sentimiento de humillación. Nunca sus hijos tuvieron una reacción así; pensó que yo los había instruido para hacerlo, y tuvo un sueño en el que ella se iba de sesión, tendía la mano para despedirse y yo le daba la espalda.

Sentía un gran malestar general y temblores, como cuando hacía una brusca suspensión de alcohol. No era éste el caso, ya que hacía dos semanas que no bebía.

Interpreté que esa sintomatología se debía a la brusca abstinencia de mí como analista; me había perdido en el fin de semana, cuando imaginó que yo había instado a sus hijos a tirar la bebida. Además, en el sueño le daba la espalda, lo que para ella significaba que no la quería tratar más. Como respuesta afirmativa, el malestar fue disminuyendo en el transcurso de la sesión; al terminar estaba más tranquila. Estos episodios se repitieron durante los intervalos de sesiones de miércoles a viernes y de fin de semana.

### **C. LA LECTURA DEL VINCULO ADICTIVO EN ESTE MATERIAL CLINICO**

En el trabajo “Adicción de transferencia” (Garzoli, 1980), recordaba que en *Introducción del narcisismo* (1914), Freud dice que las personas cuya vida sexual está profundamente comprometida con perversiones, no vienen a ser curadas. Estos conceptos los retoma Meltzer (1974), quien agrega que tales pacientes encuentran sus perversiones o adicciones más reales que sus relaciones sociales, por lo que toman el análisis para aprender a modular su conducta, sin que ello signifique dejar sus hábitos. No es frecuente que un adicto busque ayuda terapéutica, ni mucho menos que desee genuinamente tratarse psicoanalíticamente. La clínica me siguió demostrando que vienen traídos por la familia dado los problemas que plantean con la adicción, o bien concurren por otro tipo de motivaciones manifiestas, no relacionadas con su adicción.

En el caso específico de July, si bien pidió ayuda, la suya era una forma de continuar, desesperanzada y omnipotentemente, con sus ciclos de “desintoxicación” y recaídas. Desde el principio

yo era para ella algo para manejar (como la bebida), sobre lo que ejercía su dominio. Decía aceptar mis propuestas y, como contrapartida, adelantaba la externación, con lo cual trataba de manipular la relación conmigo tal como lo había hecho con otros terapeutas, tratando de invertir los roles. Si bien había una manifiesta aceptación del encuadre, éste era usado para mostrarme cómo ella se seguía autoabasteciendo con el logro de la abstinencia.

Una primera característica de la adicción de transferencia es la de *tener una presencia cosificada del analista*. Si la búsqueda es obtener alivio del dolor psíquico a través de la droga o equivalentes, y si el analista es quien suprime esa posibilidad, es quien debe proporcionar de inmediato dicha calma, para lo cual debe ser cosificado y transformado en droga, equivalente a penefecal.

En la medida en que se sumaban al encuadre analítico, la medicación y el acompañamiento domiciliario, yo era “algo” siempre “a mano”, sus propias heces, fuente de continuo alimento.

La segunda característica es que *el paciente necesita e intenta cosificarse para el analista*. Intenta drogarlo con sus producciones-cosas para lograr el estatismo de una relación en la cual paciente y terapeuta serían los dos uno, sin la zozobra que una presencia-ausencia pudiera despertar.

El adicto intenta inmovilizar, adormecer, engañar, drogar al terapeuta, tratando desde el comienzo de perpetuar su enfermedad, trasladada ahora naturalmente al campo terapéutico. No le queda otra alternativa.

Durante los años iniciales del análisis, en los frecuentes períodos de sesiones llenas de discursos veloces referidos a su abstinencia y a la admiración que despertaba por ello, quería seguir drogándose, ahora con el éxito, y a la vez drogarme e inmovilizarme; todo era tan maravilloso que el análisis no tenía razón de proseguir. La enfermedad estaba naturalmente trasladada al campo analítico.

*Este tipo de instalación que se lleva a cabo con un alto grado de sutileza, sintónica y calladamente para recibir pseudo-interpretaciones equivalentes a cosas-heces-drogas que alivien el dolor*, es otra característica de este tipo de vínculo.

La relación adictiva tiende a perpetuarse, y cualquier intento



de corregirla desestabiliza el vínculo. La continuación del análisis se hace difícil porque cada vez que el paciente reconoce al terapeuta como un otro con autonomía, puede reaccionar con diferentes grados de acting out.

*Por la índole de la adicción de transferencia la puesta en marcha del proceso es cabalmente un síndrome de abstinencia.*

Cuando se fue suprimiendo de a poco el acompañamiento terapéutico, July lo reemplazó por la necesidad compulsiva de trabajar; tomó el trabajo como droga excitante que la llevó, por primera vez, a faltar a sesión.

Tuvo que dejar su trabajo porque fracasó el proyecto de ventas; a ello se sumó el conflicto con el psicofarmacólogo de quien se separó. Hasta ese momento el psicofarmacólogo y yo éramos equivalentes y mutuamente reemplazables. En las vacaciones, los hijos adolescentes se independizaron más de sus continuos requerimientos de saber qué hacían, qué pensaban, con quién hablaban. Se añadieron, por último, mis segundas vacaciones anuales. Todo esto la colocó en una franca abstinencia de droga-trabajo-hijos-analista. Tuvo necesidad de beber; se sentía tan mal que llenó un vaso con cerveza y gritando: “¡jódanse todos!”, se lo tomó y continuó bebiendo.

Como un claro equivalente de la masturbación anal, ella intentaba alimentarse con sus propios productos heces-alcohol atacando así a la analista-madre-hijos-equipo de trabajo, objetos externos a ella que la dejaban, a quienes no podía controlar y que le despertaban una profunda rabia e impotencia. La forma en que lo llevaba a cabo en sesión era con su manera de hablar fuerte, rápida y coloridamente, desde que trasponía la puerta del consultorio. Como lo hacía casi sin parar, me creaba toda suerte de dificultades para poder intervenir. Contaba anécdotas acompañadas de afecto que “atrapaban” por la simpatía con que las contaba, o por la ansiedad que acompañaba su discurso que, a borbotones, se extendía en toda clase de detalles.

Mis interpretaciones se dirigían precisamente a ese arreglárselas sola, con la impuntualidad y con ese estilo envolvente de relato en donde en realidad hablaba consigo misma, y poco le importaba darme lugar.

Escuchar mi voz, otra voz diferente a la suya, implicaba que éramos dos. Mi silencio me convertía en algo de ella que tomaba

o dejaba a su voluntad. La perturbaba mucho reconocer principios y finales de sesión o de semana.

El episodio relatado ocurrió a los veintitrés meses de iniciado el análisis. Las recaídas posteriores, aunque bebía poco y sin perder el control de sí misma, le despertaban mucha angustia. Me decía, muy acongojada, que no le impusiera acompañamiento terapéutico. Ya no hablaba tanto ni tan atropelladamente, había silencios, estaba más reflexiva. Le costaba aceptar las interpretaciones acerca de la rabia que yo le despertaba, pero pudo decir cosas de mí que antes no se animaba a relatar, y reconocer la rabia que le provocaban ciertas actitudes de la madre.

En este clima pudo contar los largos momentos que pasaba en el baño:

**Paciente:** Esperaba que no hubiera nadie en la casa, tomaba alcohol, me sentaba en el ‘water’ y fumaba un cigarrillo. Eso era como un éxtasis...

**Analista:** Obtenía placer por todos los agujeros: bebía, aspiraba el humo por la nariz, orinando y defecando con placer, con el control de toda usted... y sintiendo que lo controlaba todo.

**Paciente:** ...Sí, claro... no me había dado cuenta... [sonríe]. Yo allí pensaba, armaba cosas, ¡lo podía todo!...

**Analista:** Cuando viene a sesión y habla sin parar, es como que se mete en el baño, controla si quiere vomitar o no, juega con las palabras como pis o caca: se las arregla sola. Al dejarme silenciosa, en parte soy el inodoro donde se descarga, en parte soy la caca o el vómito con los que puede hacer lo que quiere.

#### **D. NOTAS QUE CONTINUAN A LA COMPRESION TEORICA**

En el trabajo inicial de 1980 “Sobre la adicción de transferencia”, incluí una reseña bibliográfica, que se inicia con los conceptos sobre la masturbación, vertidos por Freud en 1897 en una carta a Fliess.

Freud establece la relación entre la masturbación y las adicciones que aparecen en la vida, como sustitutos de aquélla. La imagen del niño que describe en *Tres ensayos*, succionándose

una parte de su cuerpo e independizándose del mundo externo, remite a la del adicto, que con la droga o el alcohol construye su propio mundo, el del hedonismo. En ese artículo señala también que el contenido de los intestinos, en realidad elemento estimulador de una mucosa particularmente sensible, es tratado por el niño como una parte de su propio cuerpo. Retoma el tema en *Introducción al narcisismo* (1914), en una nota a pie de página, casi en los mismos términos. Más adelante (1917), en torno al tema de la defecación, dice que ésta implica una primera decisión entre la actitud narcisista y la del amor de objeto, cuando las heces son percibidas separadamente del cuerpo.

Cuando me refiero a la tendencia que tiene el paciente a la cosificación del analista, y a la recíproca, a lograr cosificarse para él, me ubico en una fase muy precoz, previa a la materia fecal-regalo, o materia fecal-hijo, donde el bebé ya reconoce el desprendimiento de algo muy valorado, perteneciente al afuera. Retomaré este punto con los conceptos de Meltzer (1974).

Para Herbert Rosenfeld en los estados narcisistas el self y los objetos están fusionados, no hay reconocimiento de separación. Si hay conciencia de la misma, es enorme la frustración, y si hay reconocimiento de la bondad del objeto, aparece la envidia. Cuando domina el aspecto destructivo del self, éste actúa contra la parte libidinal que experimenta necesidad de un objeto y deseos de depender de él. En el adicto el analista pasa a formar parte de la representación de ese mundo exterior-objetos, que son fuente de vida y bondad. En esa situación infantil, el paciente cree que se ha dado la vida y es capaz de alimentarse y cuidarse; al comprobar su dependencia no la tolera y quiere destruir el análisis, a sí mismo, al analista; surge la idea de suicidio.

La vía por la cual el adicto logra este autoabastecimiento es la masturbación anal. Meltzer y Money-Kyrle describen cómo las heces son equiparadas a alimento que consigue por sí; en esta relación narcisista el trasero es ubicado en el lugar del pecho y aquél se constituye en el objeto con el cual se establece un intenso vínculo, la identificación proyectiva “delirante” con la madre interna. No hay así diferencias entre niño y adulto en lo que se refiere a capacidades y prerrogativas: el bebé es su mamá.

Al equiparar las drogas a heces vuelvo a la imagen del niño descripto por Freud, que toma una parte de su cuerpo y se aparta del mundo; puede autoabastecerse con sus propios productos y no

precisa de nada ni de nadie.

La parte cínica de la personalidad domina el self y obstaculiza una sana relación entre los sectores necesitados y los objetos externos. Siempre tiene a mano el objeto trasero identificado con el pecho que provee heces-drogas. Por otra parte, sabemos de los despliegues de ingenio a los que recurre el adicto para sostener la continua provisión de droga.

El paciente traslada su enfermedad a la transferencia, en el caso del adicto, su adicción. Instala su autoabastecimiento en la sesión analítica. El relato de la actividad masturbatoria con características compulsivas y sin interrupción, aparece con frecuencia precozmente.

Existe un oculto desafío, no quiere depender. La actitud colaboradora, agradable, no hace más que encubrir el deseo de autoabastecerse con sus propios recursos: o bien sale de sesión para drogarse o beber alcohol, o bien intenta transformar al analista y sus intervenciones en elementos que le puedan brindar satisfacción y alivio.

El aspecto del self oculto y desafiante expresa su rechazo por el terapeuta en cuanto pecho nutricio envidiado y, en consecuencia, atacado. A la vez, la necesidad es grande, y las limitaciones que el encuadre de trabajo supone en tiempo, en rivales-pacientes-bebés, se le hace muy difícil de tolerar. Con rabia y celos escinde el aspecto hambriento y desesperanzado de lograr un suficiente y buen contacto con la vida y la creatividad. Cede entonces a la parte del self que le promete autoalimentación y satisfacción infinitas, con sus productos-heces y procreando sus propios bebés-heces.

#### **E. DELIMITACION DEL VINCULO ADICTIVO**

Cabe diferenciar el vínculo adictivo del neurótico. En la transferencia neurótica es esperable que el paciente desee agradar, aplacar o adormecer al analista, a un otro. Es esperable también que el interjuego transferencial-contratransferencial permita la mejor comprensión de la fantasía o el deseo que se está desplegando en ella. Hay un sujeto-analista con todas sus series complementarias en juego, y un objeto-paciente también con su presente y su historia.

Me atrevería a decir que siempre encontramos algo de este

tipo de vinculación neurótica, aún en pacientes muy perturbados. Correspondería a un sector neurótico, adulto, con el cual hay posibilidades de dialogar ya que hay simbolización, reconocimiento de un otro, escucha de palabras-interpretaciones que pueden ser tomadas como tales. El analista, a su vez, percibe esa discriminación que le permite el enunciado de hipótesis, dando por sentado que es tomado como otro, con capacidad de aciertos o errores, con posibilidades de estar presente o ausente.

Dentro de la concepción de la relación temprana de objeto, otras formas de transferencia se despliegan en la situación analítica. Contratransferencialmente –como ya lo expresaba desde un comienzo de mi investigación sobre este tema–, el analista suele estar prevenido y alerta con respecto a las identificaciones proyectivas masivas de un paciente psicótico, lo cual no lo inmuniza como para no comprometerse mucho emocionalmente.

El alegato ideológico de un perverso puede llegar a ser cuasi paralizante, pero está claro que estamos en “la vereda de enfrente”, dicho muy usado para justificar las diferencias. Hay clara conversión de lo bueno en malo y viceversa, lo cual tampoco impide que existan obstáculos contratransferenciales que lleven a pactos, difíciles de detectar. B. Joseph (1971), insiste en lo característico de la erotización del vínculo, el uso de la palabra o el silencio para proyectar la excitación en el analista, la pasividad para impacientarlo y lograr así pseudointerpretaciones. Expresa que son defensas para evitar el dolor psíquico, que llevan a ataques concretos contra el analista.

Si bien es cierto que es frecuente encontrar rasgos perversos en el adicto, y adicciones en el perverso, mi propuesta sigue siendo delimitar desde la dinámica transferencial, las características propias del vínculo adictivo, que son las siguientes:

1. *El analista es equiparado a droga-heces-alimento, una parte del self del paciente, para continuar en sesión su autoabastecimiento.*
2. *Intento de transformarse en droga-heces-alimento para el analista, de modo tal de inmovilizarlo y lograr así que produzca sólo pseudointerpretaciones, es decir alimento espurio.*
3. *La calidad sutil, sintónica, callada –en el sentido de disimulada–, de persistir en el “no cambio”.*

*4. La habilidad y los despliegues para tener al terapeuta, equiparado ahora a su trasero, siempre a mano.*

La idea del dominio de un aspecto tiránico, cínico del self, es tan pertinente a la perversión como a la adicción, pero las tácticas y estrategias que se despliegan en cada caso son diferentes. El perverso encuentra el placer en el engaño, en la agresión, busca conscientemente el dolor físico. La defensa que hace de esto se expresa en un alegato de corte ideológico, que defiende con obstinación.

El adicto trata de evitar el dolor y conseguir el placer con un objeto complaciente cosificado, que tanto puede ser la cosa-droga, como la cosa-analista. El placer es solitario, y si en su afán por conseguirlo inflige conscientemente daño a un tercero, esto es secundario, no es su objetivo primero.

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 seguramente lo que se le ofrece no va a ser suficiente. La alternativa no ostensible es recrear otro lugar donde continuar su solitario autoabastecimiento: sus sesiones. Es también un ataque al vínculo, no ostensible manifiestamente.

Aquí también cabe la reacción del analista, que puede quedar fascinado ante la producción y relato de los sueños (Garzoli, 1979), o ante discursos interminables y atrapantes (Garzoli, 1991), con lo cual hay una alta posibilidad de que el proceso llegue a una impasse.

En la medida en que esta estructura tiene que ver con la proyección (pecho identificado con nalgas, heces con alimentos), un elevado quantum de envidia sobredetermina esta relación, sin excluir la voracidad y los celos.

La unión sin tiempo con el objeto-pene-fecal-analista implicaría la instrumentación exitosa de la envidia, lo que a veces no suele ser fácil de percibir en el material. La finalidad de analizarse quedaría así totalmente dejada de lado.

Este vínculo en el cual el paciente es sujeto y objeto, implica un vínculo -K, es decir, envidia y odio a conocer. Se excluye el conflicto con el pecho, con el coito de los padres, con los bebés

producto de aquél. La posesión del pene del padre (equiparado a heces), retenido o expelido a voluntad, reproduce 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.

#### **F. JULY, ESTOS ÚLTIMOS AÑOS**

En septiembre de 1991 July estaba internamente preparada para comenzar a trabajar, casi podía decirse por primera vez en su vida. Cuando todavía vivía en la provincia, ingresó en una sociedad con un grupo de amigas para crear un colegio particular pero su estado de alcoholismo, casi permanente, le impidió rendir y participar, a pesar de su capacidad intelectual y organizativa.

Ahora es tomada como empleada en un comercio mayorista, donde con rapidez va aprendiendo técnicas de venta, nociones de contabilidad, computación, hasta la coordinación de las ventas en el interior del país, con una celeridad que la entusiasma y motiva. No ocurre lo mismo con su sueldo que, independientemente de sus logros, sigue en cifras establemente bajas, para desánimo de July.

Ya a principios del '92 se siente más capacitada y con fuerzas como para reemplazar a su ex-marido en la administración del campo. Con esperables dificultades lo logra; al mismo tiempo se descubren los altísimos costos de su enfermedad.

El trabajo analítico que la reconstituía en términos de recuperar los aspectos del self delegados en todas aquellas cabezas que para ella eran valiosas y las que sí podían tomar las decisiones del diario vivir, la enfrenta con el despojo del que fuera objeto. Sumas y sumas increíbles de pagos que no fueron efectuados a lo largo de años. Su nuevo administrador y un familiar de confianza evitan la venta del campo. Consiguen arrendarlo y negociar todo aquello que se había mantenido oculto merced a las maniobras de la anterior administración. Se enfrenta así con un afuera donde las pérdidas a nivel material repetían lo que se había producido a nivel mental. Mediante el análisis se logra que un aspecto adulto de su self detenga a un otro sector del self, omnipotente y engañoso, que seducía a la niña absolutamente dependiente y deslumbrada con el autoabastecimiento como seguro logro de placer y poder.

A mediados de 1992 se casa su hija mayor, un importante

soporte de vida, quien se va a vivir a la provincia. La situación económica cada vez se complica más. Se enferma con una gripe fuertísima. Debe estar en reposo antes del casamiento por lo cual no viene a análisis; estar enferma implica permanecer al lado de su hija. Luego me llama para decirme que va a suspender porque el crescendo de las deudas le impide continuar con sus sesiones. Convinimos que me llamaría antes de fin de año. Así lo hace, y desde fines del '92 mantiene una entrevista semanal.

No fue fácil la mutua deprivación. No obstante lo difícil del cambio, los años de intenso trabajo analítico permitieron continuar la tarea en forma diferente pero, no obstante, efectiva.

July pasó de pensar que el techo de sus logros era dejar el alcohol y rescatar la relación con sus hijos, a admitir la importancia de trabajar, de estar en pareja y de valorizar la sexualidad.

Tuvo un reencuentro con un ex-alcohólico del grupo de Alcohólicos Anónimos –grupo al cual concurría ya antes de empezar su análisis y que nunca dejó– con quien había estado relacionada un tiempo atrás, previamente a su análisis. Con este hombre había llegado a descubrir una sexualidad intensa y espontánea, en la medida que la relación se desarrolló en estado de deprivación del alcohol, pero a costa del depender adictivamente de él. Esa relación duró escasamente un año. En el nuevo vínculo se establecieron diferencias; antes lo precisaba como a un todo, ahora atendía su trabajo, su hijo, y quien no soportaba la discriminación era él, que demandaba de ella una mayor presencia. Lo dejó y luego hizo pareja con otro ex-alcohólico, un profesional con quien sigue relacionada hasta la actualidad, en una relación más cuidada y serena.

En el ínterin se casó su hijo mayor. Ya tiene dos nietos a los cuales la une una tierna devoción. Vive con otra de las hijas con quien mantiene un vínculo muy conflictivo. El hijo menor terminó con dificultades el secundario y está trabajando en una quinta, con buenos réditos.

July tiene, además, una actividad musical y otra deportiva.

Lo que cabe preguntarse a esta altura es adónde se trasladó la adicción.

Frente a lo desquiciado de su situación económica, la separación de sus hijos y la interrupción de su análisis ha llegado a hacer un cierto abuso del bromazepan. Este ha seguido siendo el tema de trabajo en las entrevistas.



La otra pregunta que cabe hacerse es qué hay de la relación conmigo.

A fines del año pasado pudo traer un sueño que la conmocionó mucho. En él me veía con la cara cubierta con un antifaz, en un lugar que parecía mi consultorio. Estaba lleno de gente, que suponía pacientes. A todos yo les iba diciendo que se podían ir, menos a ella a quien, con un gesto duro la apartaba hacia un costado y le decía que no, que ella no se podía ir.

Ante mi pregunta sobre qué le sugiere el sueño, me responde que ella cree que nunca se va a poder ir de terapia. Le digo que la analista disfrazada es la parte dominadora de ella, que la quiere seguir manteniendo enferma, convenciéndola que todo se soluciona ahora con el manipuleo de las pastillas. Los que se pueden ir me representan a mí: con cada toma me declara inservible, me aparta de sí porque la dosis de terapia es tan pobre que, por momentos, debe sentir que le soy inútil.

Desde entonces estamos trabajando la posible terminación-deprivación de análisis/psicoterapia/medicación con una paciente que, más allá de lo inconcluso de su terapia, puede contactar con la rabia, la ternura, la excitación, logrando pensar situaciones complicadas, tomar y compartir decisiones. La desesperación que le produjo una descompensación clínica que tuvo la madre en febrero del año pasado no la condujo esa vez, como pudo haber ocurrido otrora, a su propio cataclismo.

#### **UN COMENTARIO FINAL**

El concepto de adicción de transferencia es un concepto técnico, en la línea de la denominación que diera Freud (1914) a la neurosis de transferencia. Desde entonces, ha sido desplegado un controvertido panorama para distinguir relación real del analista, alianza terapéutica y transferencia o transferencias.

Distintos vértices teóricos han enriquecido sin duda el pensar del psicoanalista actual que puede confrontar, convenir o repensar sobre posibles convergencias o divergencias. Los dogmatismos acendrados obstruyen el mutuo enriquecimiento tanto como lo hace la confusión, heredera de eclecticismos amplios y complacientes. Sterba (1934), con su lúcido trabajo sobre la escisión del yo abre una ruta a seguir. Un sector del paciente se pone del lado del analista para asistir a otro sector que tiene conflictos. El tema

es cuál es el grado de conflicto y con qué concepto de transferencia se lo concibe desde la posible antinomia: se repite para no recordar, o se repite para recuperar arcaicas faltas de un yo inmaduro que ahora reclama completud a través de la nueva relación.

La transferencia y las distintas formas en que se despliega de acuerdo a las características de la psicopatología subyacente, comienza a conceptualizarse desde Stone (1954) con los aspectos psicóticos de la personalidad, seguido por Rosenfeld y combatido por Anna Freud. Meltzer, Joseph y Etchegoyen, describiendo la perversión de transferencia, hacen del análisis un instrumento cada vez más preciso. La interpretación de la rabia, de los celos y de la excitación al servicio de la destrucción, apunta a rescatar los aspectos vivos, sanos –en este caso del adicto–, capaces de reparar, de sentir y expresar ternura, de ejercer una sexualidad gratificante. Lejos está el oponerse a la parte tiránica de su self con intervenciones no continentales –otro estilo de tiranía– que lo sumerjan aún más en el mundo de la mentira y el aislamiento, en el que, empobrecido espectador, por el efecto de la droga o el alcohol sólo puede vislumbrar borrosamente el mundo de los otros.

## RESUMEN

Este trabajo continúa la línea de investigación iniciada en 1981, respecto del tipo de transferencia que caracteriza al paciente adicto. En el IPAC 1991 también fue incluido este tema, dada la posibilidad brindada por los materiales de pacientes obesos, alcohólicos y adictos que fueron sumándose y permitiendo así la continuidad del desarrollo del planteo inicial.

El concepto de adicción de transferencia es un concepto técnico, y desde la perspectiva teórica se hace una comprensión desde la línea kleiniana-postkleiniana.

Las características de este tipo de estrategias y tácticas del self en pacientes con esta patología son:

1. el instalarse en la relación con un terapeuta a quien necesita cosificar para reemplazar al objeto adictivo,
2. el intentar cosificarse para el analista y así lograr una relación

especular estática,

3. la forma sutil, sintónica y callada con que despliega este tipo de instalación, y por último,

4. el tratar de tener un terapeuta “siempre a mano”.

El intento es llegar a la impasse analítica, dado que el proceso impondría deprivaciones inevitables determinadas por la presencia-ausencia del analista.

Se presenta el historial de una paciente alcohólica y adicta a psicofármacos y aminas despertadoras desde la pubertad para ilustrar la adicción de transferencia continuando la tesis de diferenciarla de la perversión de transferencia.

### **SUMMARY**

The paper continues a research started in 1981 concerning the type of transference which is characteristic in the addict patients. This subject was also included at the IPAC'91 where clinical material of obese, alcoholic and drugaddict patients was presented continuing the development of the initial ideas.

Transference addiction is a technical concept. The theoretical support is based on the Kleinian/post-Kleinian perspective.

The paper points out the tactics of the self in drug-addict patients:

1. The self is installed in a relationship with the analyst which becomes a “thing” to replace the addictive object.

2. The self tries to become a “thing” to the analyst and creates a static and specular relationship.

3. The self unfolds this type of installation in a subtil, syntonyc and silent way.

4. The patient wants to have an analyst always at hand.

The goal is to arrive to the analytic impasse, because the analytical process should impase inevitable deprivations due to the presence-absence of the analyst.

To illustrate these ideas a clinical material of a female alcoholic patient –who was addict to psychopharmacos and amines from her puberty– is presented.

This material continues the thesis of differentiating the transference addiction from transference perversion.

### **BIBLIOGRAFIA**

BION, W. (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.

## RESUME

Ce travail continue la recherche commencée en 1981, concernant le type de transfert caractéristique du patient dépendant. Ce sujet a aussi été traité à l'IPAC en 1991, où on a utilisé le matériel clinique de patients obèses, alcooliques et dépendants de la drogue, lequel a servi pour développer les idées exposées d'emblée.

La dépendance de transfert est une dénomination technique. L'encadrement théorique est la perspective kleinienne et post-kleinienne.

Les caractéristiques des stratégies du self chez ces patients sont les suivantes:

1. Le self s'installe dans la relation avec le thérapeute de façon à le chosifier, pour pouvoir ainsi remplacer l'objet de la dépendance.
2. Il essaie de se chosifier à son tour pour l'analyste, pour ainsi produire une relation épéculaire statique.
3. Le self réagit dans ce processus de façon subtile, en syntonie et silencieusement.
4. Il essaie d'avoir son analyste à portée de la main.

Le but est d'arriver à l'impasse psychanalytique, étant donné que le processus imposerait d'inévitables déprivations, déterminées par la présence-absence de l'analyste.

Pour illustrer la dépendance du transfert, tout en continuant la thèse de la distinguer de la perversion du transfert, on présente le matériel clinique d'une patiente dépendante des toxicomanes et des amines de réveil depuis la puberté.

ETCHEGOYEN, R. H. (1978). Las múltiples formas de la transferencia. Leído en APDeBA, 25/4/1978.

FREUD, S. (1897). Carta a Fliess, nº 79 del 22.XII.1897. *A.E.*, 1: 314.

— (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. *A.E.*, 7: 164-9.

— (1914). Introducción al narcisismo. *A.E.*, 14: 65.

— (1916/17). Conferencias de introducción al psicoanálisis. *A.E.*, 16: 277 y 292.

— (1917). Sobre la trasposición de la pulsión, en particular del erotismo anal. *A.E.*, 17: 121-121.

— (1918[1914]). De la historia de una neurosis infantil. *A.E.*, 17: 78.

— (1928). Dostoyevsky y el parricidio. *A.E.*, 21: 171.

GARZOLI, E. (1979). La interpretación y los sueños, un peligro de adic-

- ción del analista. II Simposio y Congreso Interno, APdeBA, Actas.
- (1980). Sobre la adicción de transferencia. *Psicoanálisis*, III, 1, 1981.
- (1988). La polémica Freud-Ferenczi en la actualidad. X Simposio y Congreso Interno de APdeBA, Actas.
- JOSEPH, B. (1971). Una contribución clínica al análisis de la perversión. *Int.J. Psycho-Anal.*, 52(1971): 441-9.
- *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*. Editorial Yebenes. España, 1989.
- KLEIN, M. (1957). *Envidia y gratitud*. Buenos Aires: Hormé, 1969.
- MELTZER, D. (1967). La relación entre la masturbación anal y la identificación proyectiva. *Revista de Psicoanálisis*, XXIV, 4, 1967.
- (1968). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Hormé, 1968.
- (1973). 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*. Perthshire: Clunie Press, 1973. Reedición, 1979.
- MONEY-KYRLE, R. E. (1968). Desarrollo cognitivo. *Rev. de Psicoanálisis*, XXVIII (4), 1970.
- (1971). El objetivo del psicoanálisis. *Rev. de Psicoanálisis*, XXX (1), 1973.
- ROSENFELD, H. (1960). Psicopatología de la adicción y el alcoholismo (una revisión crítica de la literatura psicoanalítica). En *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé: 1974.
- (1964). Enfoque clínico sobre la patología del narcisismo. *Int.J.Psycho-Anal.*, 45, partes 2-3, 1964.
- (1971/72). Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y de muerte. Una investigación clínica de los aspectos agresivos del narcisismo. *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*, XII, 1971/72.
- STERBA, R. (1934). El destino del yo en la terapia analítica. *Rev. de Psicoanálisis*, vol. XXVI.
- WINNICOTT, D. W. (1931-1950). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis.
- (1951). Objetos y fenómenos transicionales.
- ZAC, J. (1974). Comunicación personal.

Descriptores: Adicciones. Caso clínico. Transferencia.

ELSA H. GARZOLI

*Elsa H. Garzoli*  
Pasaje Rivarola 193, 4° “15”  
1015 Buenos Aires  
Argentina