

Nuevas teorías sobre drogadicción. Autismo y drogadicción¹

David Rosenfeld

INTRODUCCION

En este trabajo quiero describir el efecto psicológico que provocan las drogas, la fantasía con que se las busca y usa, y también las fantasías con las que se viven los efectos que provocan. He observado diversas estructuras psicopatológicas que subyacen a la adicción, con su propia dinámica inconciente y psicogénesis infantil, donde cada paciente busca la droga por un motivo distinto.

Desarrollaré algunas ideas acerca de los conceptos de esquema corporal o esquema corporal primitivo psicótico y la búsqueda de sensaciones autistas; también la noción de muerte, vida y suicidio que tienen algunos pacientes adictos.

La clasificación en diferentes tipos de pacientes drogadictos es de gran utilidad para enfocarlos clínica y técnicamente, así como para vislumbrar su pronóstico. Me referiré, en particular, a

¹ En este trabajo expongo conceptos ya considerados por mí en los siguientes textos:

* *The psychotic*, David Rosenfeld, Kama Books, London, 1992.

* *Psicanalisi et grupi*, David Rosenfeld, Ed. Borla, Roma 1991.

* *Master clinicians*, B. Boyer, P. Giovaccini, A. Green, F. Tustin, J. McDougall, D. Rosenfeld, V. Volkan, T. Ogden; Edit. Jason Aronson, N. J - London, 1989.

* *Master clinicians treating regressed patients - Vol II*, Edit. Jason Aronson, New Jersey - London, 1993.

* *Les aspects psychotiques de la personnalité*, David Rosenfeld, Bayard Press, Paris, 1996.

* *Analyst at work*, David Rosenfeld, Edit. The analitic press, New York, 1996.

la ayuda que puede brindar el uso de la contratransferencia para su tratamiento.

Hay autores que diferencian la toxicomanía o dependencia psicológica de un hábito transitorio y le dan categorías distintas, tanto en la clasificación psiquiátrica como en el pronóstico. Algunos reservan el término hábito para designar algo transitorio o casual y hablan de drogadicción cuando ya está fijada la dependencia psicológica y física (Musacchio de Zan, 1994).

CLASIFICACION DE LAS ESTRUCTURAS SUBYACENTES

Tipo A: pacientes con duelos neuróticos

Este primer tipo está compuesto por pacientes que buscan en su fantasía de ingesta un envoltorio o sustituto de la piel, a través de la sensación que la droga les provoca. En este tipo de pacientes encontramos habitualmente duelos neuróticos, y por lo general su pronóstico, si están en tratamiento, es más alentador. Algunos de los sueños que traen a la sesión están referidos a sustitutos de la piel: ropas, tapados, pieles de animales, etc.

En estos pacientes predomina la ingesta oral y es menos frecuente la inyectable. Suelen fantasear con una especie de calor y rubicundez en la piel, y así sienten que ésta los envuelve y sostiene (holding). Este tipo de pacientes suele hacer una adaptación más formal a la realidad que los otros. Muchos de estos casos se desencadenan por situaciones internas o hechos reales (por ejemplo pérdida de seres queridos).

Tipo B: identificación con objetos internos muertos

En este tipo de pacientes siempre se encuentra un proceso de duelo patológico: están identificados con un objeto muerto del cual no pueden diferenciarse. Otra característica, relacionada estrechamente con la anterior, es que estos pacientes no tienen ninguna noción de peligro porque no se sienten vivos, a causa de su identificación con objetos muertos. Por lo tanto, basados en esta lógica psicótica, suelen exponerse a situaciones de altísimo riesgo. Así, por ejemplo, pueden conducir un auto a 200 km/h en rutas estrechas o cruzar una avenida muy transitada cuando el semáforo está con luz roja, o hacer “carsurfing” (cabalgar sobre

el techo de un auto a gran velocidad). En los momentos culminantes del peligro, desafían a la muerte. Pero deseo resaltar que estos momentos de peligro significan para ellos que han vuelto a la vida por un momento. No enfrentan un peligro, sino que viven esas situaciones como una especie de resucitación.

El duelo es patológico porque se agrega la presencia de un superyó muy cruel y persecutorio, que los acusa y no les permite una adecuada elaboración del mismo. Más adelante ejemplificaré los aspectos más importantes de este tipo de adictos, con fragmentos de material clínico de dos pacientes.

Tipo C: autismo

Este grupo de pacientes suele ya tener un diagnóstico de autismo o algunas características autistas en su infancia. Han sobrevivido creando su propio mundo de “sensaciones”.

Un buen tratamiento o una internación no siempre alcanzan para mejorarlos ya que son prisioneros de una paradoja pragmática: utilizan las drogas para obtener sensaciones autistas muy primitivas, que los envuelven como un caparazón y de las cuales pareciera depender su vida. Ellos temen perder estas sensaciones obtenidas a través de las drogas y perder así su noción de identidad, desaparecer. Sin embargo, su fármacodependencia los intoxica cada vez más y corren riesgo de morir por ello. He ahí una verdadera paradoja pragmática: hagan lo que hagan, abandonen la droga o queden pegados a ella, el resultado siempre se volverá contra ellos. Según lo enseñado por Tustin (1972, 1986), estas sensaciones son típicas de los niños autistas.

Estos pacientes intentan reparar una muy primitiva noción de identidad a través del mundo propio de sensaciones creado por la droga. Cuando sienten que caen en un vacío, en un “*black hole*” (agujero negro), recurren a ella para crear una primitiva noción de existencia. Carecer de estas sensaciones autistas provocadas por la droga, significa para ellos la pérdida de una primitivísima noción de identidad.

Tipo D: esquema corporal psicótico

En este grupo incluyo los pacientes que, preferentemente, usan drogas por vía endovenosa. Tienen un funcionamiento mental

basado en la teoría o modelo que llamo Esquema Corporal Primitivo Psicótico. Esta es una concepción y hasta un delirio inconciente por el cual creen que su cuerpo no tiene músculos ni piel, y que están hechos o rellenos de sangre y líquidos vitales.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

El manejo de los pacientes que hacen una toxicomanía es especialmente difícil porque el psicoanalista tiene que tratar, no sólo la adicción, sino también el estado mental producido por la intoxicación. Es muy importante seguir el curso de la transferencia primitiva en los casos en que aceptan un tratamiento, ya sea en internación o en consultorio. El estudio de la transferencia y contratransferencia nos permite descubrir la estructura psicopatológica subyacente.

Muchos autores le dan distintas connotaciones al término contratransferencia, de acuerdo a sus variadas posiciones teóricas. La contratransferencia se origina en la práctica clínica del psicoanálisis. Luego de los estudios de Freud (1912) ha sido retomada por muchos otros autores, por ejemplo Avenburg (1975), Baranger (1969), Boyer (1989), Grinberg (1956), Guiard (1977), Kernberg (1984), Racker (1957, 1960), Searles (1979).

Este término puede ser definido de manera distinta y con distintas facetas. En este trabajo lo uso en el sentido de un conjunto de emociones, sensaciones, afectos, y algunas veces hasta estados confusionales, que el terapeuta experimenta cuando está en el campo específico de la transferencia analítica. Es una señal, solamente una señal, que debe ser decodificada, que refleja la transferencia y que finalmente debe ser evaluada por el terapeuta, para ser mejor entendida antes de poder usarla técnicamente (Thomä y Kächele, 1990). Tiene dos aspectos que deben ser discriminados: las resonancias personales que se despiertan en el analista debido al material clínico, y las sensaciones y afectos que pueden estar en el propio terapeuta. El analista siempre está comprometido en la recepción del material o, incluso, en la forma de tomar notas para publicarlo (Tucket, 1993; Liberman, 1978).

Algunas veces es un factor perturbador, cuando no es detectada y obliga al terapeuta a sufrir una serie de sensaciones y emociones que no puede decodificar. Cuando el terapeuta las

asume totalmente, se produce una contraidentificación, tal como fue descrita por Grinberg (1956).

Lo que sugiero es que el terapeuta trate de expresar en palabras las sensaciones y emociones que el paciente provoca en él, a través del lenguaje no verbal, a través de la fonología, la música de la voz, los olores, etc. Pero por sobre todo, el analista debe diferenciar estas emociones del campo analítico, de sus propios problemas personales neuróticos.

Pienso que la contratransferencia es el instrumento para llevar a cabo la investigación de pacientes severamente perturbados o severamente regresivos, que no pueden expresar verbalmente las emociones y vivencias más primitivas porque no existen palabras para expresar los niveles más arcaicos.

En el campo de la investigación psicoanalítica de pacientes severamente perturbados y psicóticos, le otorgo a la contratransferencia la misma importancia que, en otra época, tuvieron los sueños para la investigación de pacientes neuróticos. Desde el punto de vista metodológico la contratransferencia es usada como una hipótesis y está siempre referida a la relación con el paciente. Es lo que llamamos una pertinencia sobre un sentimiento, una emoción o una experiencia, y podemos relacionarlo con el material clínico y la historia del paciente. Una hipótesis puede ser aceptada o rechazada, esto es lo que llamamos pertinencia de la relación. Cada vez que usamos una hipótesis basada en la contratransferencia, hay algunas variables que pueden ser descartadas y otras mantenidas. Por lo tanto es una hipótesis modificable que depende de la experiencia y de la relación con el paciente, y que el analista postula en su campo de trabajo. Los siguientes autores han escrito sobre las reacciones psicopatológicas de la contratransferencia: Racker, 1957; Etchegoyen, 1991; Resnik, 1987; H. Rosenfeld, 1965.

Para definir la contratransferencia tenemos que partir del concepto de transferencia descrito por Freud. La definición del término transferencia depende y se origina en la resistencia, que depende de una detección hecha por el terapeuta. Freud describió que “sentía” una resistencia en el paciente. La contratransferencia también es algo que ocurre en el campo analítico entre paciente y terapeuta, y cuando el psicoanalista puede hacerlo conciente y utilizarla podemos decir que está usando en un lenguaje verbal, las sensaciones que un paciente está proyectando

sobre él en un lenguaje no verbal, corporal.

Insisto en remarcar que sólo puede utilizársela cuando se la detecta conscientemente; es repensada por el psicoanalista y no devuelta rápidamente en interpretaciones; es llevada a supervisión y al propio análisis, diferenciándola de la neurosis del analista. Recién ahí puede ser usada técnicamente, diciendo que el paciente hizo llegar un mensaje, una comunicación al terapeuta, en niveles muy primitivos, no verbales, de vivencias y terrores infantiles, cuando aún no disponía de palabras para expresarlas. Esta es una enseñanza de Liberman (1978) a las que yo agregó: *“Si los mensajes recibidos en el campo analítico no son decodificados y entendidos, es muy difícil escribir sobre el tema”* (Rosenfeld, D. 1992).

Es importante señalar que en la historia del concepto de contratransferencia hubo diferencias entre la teoría y la aplicación práctica. Freud se aproximó desde el punto de vista teórico, señalándolo como un factor perturbador, pero en la práctica hacía anotaciones en el borrador, como en el trabajo sobre “El hombre de las ratas”. En esas anotaciones hay un ejemplo del empleo de la contratransferencia.

Es importante subrayar que, en la teoría, Freud se opuso a aplicar el manejo de la contratransferencia porque en ese momento estaba discutiendo con Ferenczi, que no mantenía con sus pacientes suficiente neutralidad.

CONTRATRANSFERENCIA Y DROGADICCION

Con respecto a la contratransferencia con pacientes drogadictos, es similar a la que se experimenta con los pacientes psicóticos pues suelen provocar estados de desesperanza. Pero hay algo muy específico de la contratransferencia con ellos y es que provocan que el psicoanalista cumpla la función y el rol de un objeto inanimado, o sea, una droga. Es un peligro que el psicoanalista empiece a funcionar como un objeto no humano, respondiendo a lo transferido. Aunque crea que interpreta, el analista es usado como una droga. Es muy sutil la forma en que el paciente va transformando al analista en un objeto inanimado, no humano, al que maneja como una máquina. Es un gran riesgo en el tratamiento ya que intentan hacer con el analista lo mismo que con la droga, usarla y tirarla. Si el psicoanalista no se da cuenta ni lo

percibe, queda preso de este tipo de relación.

Un indicio de que esto ocurre, extraído tanto de mi experiencia personal como de la supervisión de colegas que atienden pacientes drogadictos, es cuando el paciente comienza a hacer preguntas para que el psicoanalista conteste, o le da un tema para que hable, y el analista comienza a sentir que se transforma en un autómatas, que responde automáticamente. El paciente, en su fantasía, supone haber transformado al analista en una máquina que le responde.

Desde mi punto de vista considero que la contratransferencia es una señal, y detectarla es útil para el trabajo y la investigación. Desde el punto de vista dialéctico es un indicador de nuestro trabajo, de nuestro pensamiento, de nuestras interpretaciones.

LA NOCION DE OBJETO INANIMADO

A partir de los trabajos de Searles (1979), Boyer (1989), H. Rosenfeld (1987) y Bion (1967), sobre psicosis, estas patologías se vinculan con serias perturbaciones en las primeras relaciones de objeto. Searles y Boyer, mostraron especialmente que los pacientes psicóticos pueden tomar a todos los objetos como inanimados. La relación física en la primera infancia, de contacto piel a piel con la madre, ha sido tan perturbada, tan distorsionada y bizarra, que al paciente le es indiferente este contacto o el que realiza con un objeto inanimado. H. Rosenfeld, durante una supervisión dijo que el paciente drogadicto prefiere tener en la boca un lápiz o un chupete mecánico, en lugar de recibir las palabras del terapeuta. Este modelo muchas veces se reproduce en la transferencia.

La noción de objeto inanimado es concomitante con otra característica: la desaparición de la noción de tiempo (en el sentido lógico en que los pacientes neuróticos lo usan). No existe la noción de espera en el drogadicto. No existe la noción de que algo se va y luego regresa. No pueden soportar el tiempo de espera, a solas con su ansiedad, surge la catástrofe mental por el abandono (Searles, 1979; Kächele, Thomä, 1990; Dupetit, 1986).

LAS MENTIRAS Y LA TRANSFERENCIA

Otro aspecto muy importante en los pacientes drogadictos,

toxicómanos o alcohólicos, es el de la mitomanía o las mentiras. Son muy comunes y diferentes a las pequeñas mentiras histéricas, que tienen como finalidad causar impacto estético y seducir. Estas, en cambio, constituyen una creación delirante de la realidad. Al respecto, propongo una hipótesis: el drogadicto dice en su relato una o dos mentiras, si el psicoanalista no las detecta el paciente cree que están los dos intoxicados, viviendo en un mundo fantástico creado por la droga. La mentira puede ser pequeña o grande, pero tiene la función de crear un mundo fuera de la realidad; si el analista no la detecta, el paciente cree que están los dos drogados y alucinando un mundo de fantasía. El paciente, de esta forma, transforma al psicoanalista en alguien que está tomando droga junto a él. Hay casos muy evidentes de alcohólicos que llegan ebrios al consultorio y juran que no han tomado alcohol. Lo difícil de detectar son las pequeñas mentiras de drogadictos graves.

LA CREACION DE UN ESPACIO MENTAL

Esta es la meta de todo tratamiento con pacientes graves, muy regresivos o drogadictos. La posibilidad de crear un espacio mental a lo largo de muchos años de tratamiento psicoanalítico, con mantenimiento de la serenidad, la confiabilidad y la permanencia del setting, es una forma de mostrar al paciente que uno es estable, que está siempre a la misma hora, en el mismo lugar, con la misma calma y la misma voz. Es muy importante atenderlo en los momentos de urgencia y no abandonarlo ni aún en las más agudas crisis de intoxicación. La creación de un nuevo objeto (un psicoanalista), que es confiable, es algo novedoso. Estos pacientes jamás tuvieron una experiencia de este tipo y se puede crear en el campo analítico y en la transferencia. Descubrir que el psicoanalista se quedó pensando en él todo el fin de semana, puede ser una experiencia importante y novedosa para el paciente, porque nunca tuvo la vivencia de que alguien lo contuviera y pensara en él como ser humano. La creación de un continente en el analista hace que luego se pueda introyectar al terapeuta, como elemento de contención. Es E. Bick (1968), quien desarrolló la idea de la noción de piel como continente que se introyecta.

ADICCION Y DUELOS: DOS CASOS CLINICOS

A continuación voy a ampliar lo referido a drogadictos en los que subyace un duelo patológico, con una exposición clínica de dos casos tratados por mí.

Uno es un paciente joven, extranjero, que acepta realizar un tratamiento conmigo durante dos años; primero cuatro veces por semana y luego tres. El tratamiento fue interrumpido y retomado casi un año después, a raíz de haber tenido una intoxicación muy grave con cocaína, que casi le cuesta la vida.

Durante la primera época del tratamiento mostraba en la transferencia una típica defensa maníaca, ante la situación de pena y dolor. Cuando retomó el análisis recién pudo hablar de la muerte de su hijito, de cuatro años de edad, en un accidente ocurrido antes de comenzar su tratamiento conmigo. También fue la primera vez que pudo hablar, con más detalle y dolor, acerca de la muerte del padre y del hermano, fallecidos en un accidente automovilístico mientras corrían a alta velocidad. Fue muy importante contener el pánico del paciente, que había estado al borde de la muerte por paro cardíaco, por sobredosis. Recién allí se pudo analizar su identificación con el hermano muerto.

En una sesión el paciente habla de su hijo, mencionándolo por su nombre, y dice que hay que “revolver” –cambiar de lugar– los restos del pequeño. Fue la primera vez que lo escuché hablar con voz emocionada y lo vi temblar. Esa sesión tuvo un alto tono emocional. Mi contratransferencia fue muy intensa y yo también estaba emocionado frente al paciente que, por primera vez, hablaba del dolor y del cariño por su hijo.

En esa sesión el paciente dijo: *“quizás Ud. tiene razón, quizás yo tomo cocaína para sentirme estimulado y no sentirme muerto, como mi hijito y mi hermano”*. A continuación de un silencio, agregó: *“pero también ahora sé que si sigo con las dosis diarias, lo único que siento es aislamiento y un abandono de mi contacto con los demás. Lo único que estoy logrando es no tomar contacto con mi nueva esposa y mis hijas mellizas”*. El paciente quedó en silencio y yo le dije: *“Ese es Ud., pero me lo puede contar hoy porque puede tomar contacto emocional con un ser humano que soy yo, en lugar de estar atrapado con la droga, que a veces usa para sentirse vivo y otras para sentir que resucita”*.

Este paciente transitaba a gran velocidad por las calles de la ciudad y al llegar al garage gritaba “*¡feliz!*”. También solía caminar drogado por el borde de un balcón del piso 12. En realidad no se trataba de un intento de suicidio. Su gran satisfacción era estar en el límite, en el borde y sentirse vivo después de ese momento, como si hubiera resucitado. Los pacientes que están identificados con un objeto muerto buscan los efectos de la cocaína para probar superar el punto máximo del peligro o límite, entre la vida y la muerte. De esta manera sienten luego haber “resucitado”.

No tiene resultado alguno interpretar estos episodios como intentos de suicidio, estos pacientes se ríen o burlan del analista. Creo que desde su lógica psicótica tienen cierta razón. Como describimos antes: no existe en ellos la lógica del tiempo y además, están identificados con un muerto, por lo tanto, “están muertos”. Lo único que resulta útil es mostrarles cómo usan el límite máximo del peligro para sentir un estímulo, una sensación vital. Esta búsqueda parte de la concepción de la lógica psicótica que no existe en las personas neuróticas, y por eso resulta difícil comprenderla.

El segundo caso que deseo exponer es el de George, un paciente que llega a la consulta acompañado por su padre, una persona bondadosa y cariñosa que lo trae, muy preocupado por la drogadicción. Durante muchísimos años había estado consumiendo cocaína y otras drogas, viviendo en una villa miseria con malvivientes. Este joven, de unos treinta años, había quedado huérfano al año de edad debido a un accidente de la madre y fue criado muy cariñosamente por el padre y por la abuela, que murió cuando él tenía seis años. Continuó criándolo una tía que murió cuando él tenía once años. La familia aceptó que hiciera un tratamiento de cinco sesiones semanales y la internación en un hospital privado para una cura de desintoxicación. Durante la primera época el contacto era distante y temeroso conmigo, pero colaboraba en las tareas de grupos, en charlas y deportes en la clínica. Luego de dos meses comenzó a estar más receptivo y comunicativo, en parte por una mayor confiabilidad, y en parte también por la desintoxicación. Luego de cuatro meses de internación, durante los cuales tenía su sesión de psicoanálisis todos los días, el paciente acepta participar en otras tareas grupales, comienza a pintar y dibujar. Durante esa época comienza a

reubicarse en tiempo y espacio, y emprende la búsqueda de recuerdos en relación a la abuela y la tía muertas. Al mismo tiempo se lo ve más cuidado en su aspecto físico.

En estas horas de dibujo y pintura el paciente dibuja meteoritos que caen del cielo, a derecha e izquierda. Me los muestra y asocia con que, cuando era pequeño, decía que la madre y la abuela estaban en el cielo. Cuando yo le digo que estos meteoritos caen desde el cielo como algo peligroso, responde que sí. La sesión siguiente, le pregunté si no creía que podía sentirse culpable y perseguido por lo que cae del cielo.

Durante las semanas siguientes George pintó constantemente labios y ojos, decenas de cuadros a los que llamó “ojos” o “labios”. A una de las pinturas la llamó: “*Ojos que me miran a mí*” y a otra: “*Labios (con una cierta sonrisa parecida a la Gioconda)*”. En los meses siguientes, ya más conectado conmigo, comenzó a traer escritos, cuentos y sobre todo, sueños. El siguiente es el primer sueño que relató, el del Revólver Magnum: primero me habló de las pinturas que hacía, de los ojos y los labios que estaba pintando. En ese momento yo recordé a mi maestra de Londres, E. Bick, cuando me enseñaba observación de bebés y madres y me señalaba lo importante que era la mirada en los ojos y labios de la madre; pensé que el paciente pintaba la foto mental o imagen interna de la madre. A continuación, me contó su sueño: *él estaba viajando en un ómnibus y un grupo de personas comenzó a pelear con otro. Uno de los individuos saca un rifle de caño cortado y le dispara a un hombre que cae y muere en el piso. Luego el hombre del rifle le dispara al paciente.*

En el primer momento, George me dijo que cuando le dispara a él, lo mata; pero inmediatamente, luego de un silencio dijo: “*no, no me había matado, pasó otra cosa, aparece otra persona en otra parte del ómnibus, que le dispara con un revólver Magnum a ése, que con el rifle me quería matar a mí. Entonces yo no muero*”. Luego el sueño continúa con una escena en la cual el paciente se escapa y en esa fuga agrega: “*me encontré con otro paciente internado en la clínica, M., el que tuvo un accidente, un accidente muy grave manejando drogado y quedó con problemas neurológicos muy severos. Está casi descerebrado. Luego relató otra escena “donde hay muchos policías. En ese momento yo tomo un revólver y me disparo a*

mí mismo un tiro en el interior de la boca". Le pregunté si ésa era una fantasía suicida, a lo cual el paciente me respondió: *"cometer un suicidio con un revólver Magnum es como tomar cocaína"*.

Quiero comentar que en el sueño el paciente no muere a pesar de dispararse un tiro. George me dice que solamente tenía un agujero en su paladar y en su nariz. Le pregunté si no creía que era similar al agujero de los que consumen cocaína en exceso, y él asintió con la cabeza. Luego agregué: *"usted en el sueño está con M., que representa una parte de usted mismo, la parte loca que trata de destruirse con el abuso de drogas, quedar descerebrado. Así funciona cuando está bajo el efecto de las drogas"*. Entre los dos seguimos analizando el sueño y comenzamos a entender las primeras escenas; el espacio del ómnibus representa el espacio de su mente. Hay una guerra, una pelea, un conflicto, que tiene lugar dentro de su mente. Luego le pregunté acerca de las personas, quién dispara, quién muere. El me respondió así: *"la cosa más extraña es que hay uno que dispara y pareciera que me mata, pero en realidad no me mata, porque otro lo mata a él primero"*. Le interpreté que *era una pelea entre dos partes de él mismo, como si una parte quisiera matar a la otra; "un loco que está tratando de matar a un niño triste, huérfano y deprimido, que está dentro de él. Es como si hubiera querido matar la tristeza dentro de él mismo, y hacerla desaparecer"*. George asintió con la cabeza, y yo agregué: *"el sueño puede ser visto como una guerra entre una parte más sana y triste y una parte loca y asesina. Quizás éste es el conflicto permanente dentro de su mente"*. Pero en el sueño hay alguien sano que mata al asesino.

Deseo recalcar que el análisis de este sueño llevó mucho tiempo de trabajo en las sesiones, y lo narrado es sólo un breve resumen.

En otra oportunidad, George recordó una anécdota "de la época en que los policías perseguían a la gente". Le pregunté si los policías del sueño tenían algo en común con los meteoritos de los dibujos que lo persiguen (pensando en un superyó perseguidor y acusador). Al final de la sesión me pregunta si voy a ir a verlo al día siguiente. Creo que nunca había expresado con tanta claridad su pedido de ayuda.

En este sueño el terapeuta aparece representado por el perso-

naje que lo ayuda a escapar, a huir del conflicto. Al cabo de una semana el paciente continúa colaborando y dice que tiene otro sueño que quiere comentarme: *“Hay una carrera. Hay un toro y un caballo. El toro iba ganando la carrera. Lo raro era que la pista era cuadrada, y eso era lo extraño. Yo miraba la carrera desde adentro de una casa”*. Luego, dibuja la pista y se ubica mirando la carrera. Le pregunté por qué sería la pista de ángulos rectos y surgieron algunas asociaciones. Aunque no lo interpreté, pensé que se trataba de cambios abruptos de su estado de ánimo, de su mente, en la carrera analítica conmigo. Luego George hace una aclaración sobre el sueño y dice: *“no, en realidad pienso que fue diferente. No era exactamente una carrera, los dos estaban empujando una diligencia de correo como las antiguas, es ahí donde el sueño cambia y pasa a otra escena. El caballo se enloquece, comienza a correr fuera de control como un salvaje. Yo también comienzo a correr, salto sobre el lomo y trato de dominarlo”*. Durante varias sesiones analizamos juntos este sueño. En el sueño está representada una parte de él mismo que es como un animal que enloquece, pero hay otra parte de George que trata de dominarla y controlar las riendas. Está tratando de controlar la parte loca, drogadicta. Además, le señalo que es la primera vez que él aparece en un sueño, observándose a sí mismo: *“la carrera es el tratamiento analítico y Ud. aparece mirando desde afuera cómo es la carrera de su vida. Es la primera vez que un aspecto sano aparece, tratando de tomar control de una parte loca”*. Más adelante le interpreté que el carruaje, una diligencia antigua, es un medio de transporte que va de un lado a otro para llegar a un punto, a una meta, y llevar un mensaje; y esto tiene su importancia porque muestra una perspectiva de futuro. Otro aspecto importante del sueño es que el toro, el caballo y el jinete terminan trabajando juntos y en la misma dirección, con la misma meta. Esto puede significar que las partes sanas y locas, y yo, estamos empujando juntos hacia la misma meta.

Durante esa época del tratamiento, en las clases de dibujo y pintura, George continuaba dibujando decenas y decenas de ojos y labios con una *“sonrisa parecida a la de la Gioconda”* que, como ya dije, pensaba que eran la radiografía mental de las imágenes de los labios y ojos de la madre, en su primer año de vida. Le pregunté si no tenía alguna foto de la madre y el paciente

me dijo que no porque su madrastra las había tirado. El padre, por casualidad, pudo recuperar una fotografía del archivo de una famosa fotógrafa que la tenía en su colección. Era de su madre sosteniéndolo, mirándolo sonriente y cariñosamente. Yo sentí mucha emoción y confieso que corrieron algunas lágrimas por mis mejillas. Lo importante de todo esto era que él tenía en su mente los labios sonrientes de la madre y los ojos que lo miraban. En la foto, el color de los ojos era el mismo que el de los dibujos y los labios eran exactamente iguales a los que él dibujaba.

Luego de esa sesión, George me entregó una fotocopia color de esa fotografía de él junto a su mamá, que acepté. Era más que una foto. Consideré que esto representaba su necesidad de que yo contuviera a ese niño con esa madre. Le interpreté que él quería que yo contuviera ese aspecto más sano que teníamos que rescatar: un niñito sostenido cariñosamente en los brazos de la madre. En las sesiones siguientes trabajamos sobre su fantasía de haber muerto con la madre. El estado de emoción y sollozo continuó en las sesiones, durante un par de semanas.

Dos años después del final del tratamiento, George vino a mi consultorio para saludarme y traerme una agenda de regalo. Estaba trabajando en una empresa importante donde lo habían ascendido, se lo veía bien vestido. Consideré que la agenda significaba lo que él había logrado en el tratamiento, la noción de tiempo, espacio y orden.

HIPOTESIS, MODELOS Y TECNICA ANALITICA

Todas estas hipótesis son conceptualizaciones basadas en la dinámica inconsciente y la contratransferencia. Desde el punto de vista metodológico, el psicoanálisis es un método de observación de lo que ocurre en la transferencia y la contratransferencia. En el trabajo, yo utilizo “hipótesis ad hoc”. Estas son hipótesis, modelos, teorías. Uno de los modelos que uso está implícito en la interpretación del sueño del autobús, cuando le digo que una parte sana está luchando con una parte enferma. Otra hipótesis “ad hoc” es la del modelo de un niño que quedó detenido en el tiempo y el espacio. Se podrá observar cómo trato de rescatar a ese niño pequeño que trata de expresar su duelo a través de un lenguaje no verbal, que sólo mucho tiempo después pudo hacerlo verbalmente.

Mi técnica también provee un encuadre estable. El holding y la contención se dan con la voz calma, con las interpretaciones, y con horario y lugar estable para las sesiones.

Trato de interpretar constantemente en la transferencia y cuando no lo hago, al menos pienso qué transmite aquí y ahora el paciente.

Insisto en que los procesos de duelo y sus vicisitudes deben ser objeto de observación e interpretación constante. Tal como ya he dicho en otros trabajos, toda interpretación es un modelo a ser ratificado o rectificado. Por esta razón, todas mis interpretaciones son modelos o hipótesis que propongo al paciente, que revive las primeras relaciones de objeto en la transferencia. Esa es la clave de la terapia psicoanalítica y de la mejoría de los pacientes severamente perturbados.

Para finalizar, diré que la observación y adecuada decodificación de la contratransferencia es el terreno más promisorio de investigación con pacientes drogadictos, psicóticos y severamente perturbados.

RESUMEN

El presente trabajo describe el efecto psicológico que provoca la droga, la fantasía con que se la busca y usa, y también las fantasías con las que se viven los efectos que provocan.

Se describen diversas estructuras subyacentes en los pacientes drogadictos, de diferente dinámica inconsciente, de psicogénesis infantil, donde cada cual busca la droga por un motivo distinto, y con una patología que comienza en la primera infancia.

Paralelamente, se desarrollan ideas acerca de los conceptos de esquema corporal o esquema corporal primitivo psicótico y la búsqueda de sensaciones autistas, así como ciertas ideas sobre la noción de muerte, vida y suicidio en algunos pacientes adictos.

La clasificación en diferentes tipos de pacientes drogadictos es de gran utilidad para enfocar el nivel clínico, técnico y pronóstico para el tratamiento de los mismos. El tema de la contratransferencia, su **SUMMARY** uso técnico, es otro de los puntos centrales de este trabajo.

This work describes the psychological effect that drug provokes.

There's a fantasy in every person who looks for the drug or consume it. There's also a fantasy in the effect that certain drugs or any other substance produces.

In this work we are also trying to describe different pathologies in drug addicts patients, different psychopathological structures that are under the inconscient dynamic of the development of the child's mind. This kind of pathology begins in the early childhood.

We describe some other ideas about body image and the primitive psychotic body image and the way some people looks for autistic sensations. We also develop some ideas of death, life and suicide notions in drug addicts.

The classifications of the different kinds of drug addicts patients is very useful to analyze the clinical and technical level and the prognosis for a correct treatment. The counter-transference, its definition and its technical use is another of the important items of this work.

RESUME

Ce travail décrit l'effet psychologique que provoque la drogue, les fantaisies avec lesquelles on les cherche et on les utilise. On décrit aussi les fantaisies que provoque l'effet de certaines drogues.

On décrit les pathologies sous-jacentes dans des patients drogués, différentes structures psychopathologiques qui sont à la base des dynamiques inconscientes, de psychogenèse de l'enfance, où la drogue est recherchée par chacun par des différents motifs et à cause d'une pathologie que commence à la première enfance.

Nous développons le concept de schéma corporel primitif psychotique et la recherche des sensations autistiques, ainsi que certaines idées sur la notion de mort, de vie et de suicide dans ces patients drogués.

La classification de ces patients drogués est d'une énorme utilité pour cerner et aborder le niveau clinique et technique, et surtout utile pour le pronostic de ces malades. Le thème du contretransfert, sa définition et son usage technique est aussi un point central de ce travail.

BIBLIOGRAFIA

AVENBURG, R. *El aparato psíquico y la realidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1975.

- BARANGER, W. Y M. *Problemas del campo psicoanalítico*, Buenos Aires, Kargieman, 1969.
- BICK, E. [1968] *The experience of the skin in early object relations. International Journal of PsychoAnalysis*, 49 (3): 484-486. Also in Harris Williams Ed., *Collected Papers of M. Harris and Esther Bick*. Perthshire: Clunie Press, 1987.
- BION, W.R. [1967] *Differentiation of the psychotic form the non-psychotic personalities*, Second Thoughts, Heinemann, London. Reprinted: Karnac Books, London, 1984.
- BOYER, L.B. *Countertransference nad technique in working with the regressed patient: Further remarks*. Presented at The Boyer House Foundation Symposium on the Regressed Patient, San Francisco, 1987.
- BRUDNY, G. La represión primaria en la obra de Freud. *Psicoanálisis*, Vol. 3, 1/2, 1980, págs. 401-486.
- DUPETIT, S. *La drogadicción*, Ed. Psicho, 1986.
- ETCHEGOYEN, H.R. *The Fundamentals of the Psychoanalytic Technique*, Karnac Books, London, 1991.
- FREUD, S. [1912] *The dynamics of transference*. S.E. 12.
- GRINBERG, L. Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas, *Revista de Psicoanálisis* N° 3, 1956.
- GUIARD, F. Sobre el componente musical del lenguaje en etapas avanzadas y finales del análisis, *Revista de Psicoanálisis*, 34: 25-76, Buenos Aires, 1977.
- KERNBERG, O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, CT; Yale University Press, 1984.
- LIBERMAN, D. Affective response of the analyst to the patient's communication, *International Journal of Psychoanalysis*, 47: 274-282., 1978.
- LÓPEZ, B. Una distorsión semántico-pragmática: el paciente del discurso ininterrumpido, *Psicoanálisis*, Vol. 7, 1-2, 1987, págs. 279-300.
- MUSACCHIO DE ZAN Y FAHRER, GARCÍA BADARACCO, J., CHANDLER. *Drogadicción, psicopatología, dinámica y tratamiento*, 1994.
- RACKER, H. [1957] The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26: 303-357.
- [1960] *Transference and Countertransference*. London Hogarth Press, 1968. Reprinted London: Karnac Books, 1985.
- RESNIK, S. *The Theatre of the Dreams*, Tavistock Clinic, London, 1987.
- ROSENFELD, D. *The Psychotic*, Karnac Books, London, 1992.

DAVID ROSENFELD

- *Master Clinicians Two (Volumen 2)*, Jason Aronson, New Jersey-London, 1994.
- ROSENFELD, H. *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*, London Hogarth Press, 1965. Reprinted: Karnac Books, London, 1985.
- *Impasse and Interpretation*, Tavistock Clinic, London, 1987.
- SEARLES, H. *Countertransference and Related Subjects*, International Universities Press, New York, 1979.
- THOMÄ, H. KÄCHELE, H. ET. AL: JIMENEZ, J. P. , KOHLER, L. THOMÄ, B., WENZEL, A., ET. AL. *Teoría y práctica del psicoanálisis (Vol. 2). Estudios Clínicos*, Editorial Herder, Barcelona, 1990.
- TUSTIN, F. *Autism and Childhood Psychosis*, Hogarth Press, London, 1972.
- *Autistic Barriers in Neurotic Patients*, Karnac Books, London, 1986.
- TUCKETT, D. Some thoughts on the presentation and discussion of the clinical material, *International Journal of Psychoanalysis*, 74. 1175-1189, 1993.

Descriptores: Autismo. Caso clínico. Contratransferencia.
Drogradicción. Duelo. Imagen corporal.

David Rosenfeld
Billinghurst 1451, 9° "A"
1425 Buenos Aires
Argentina