

Cómo utilizar los sueños en el psicoanálisis con psicóticos

Artículo

Celeste Labaronnie* 

Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Este artículo apunta a ofrecer soluciones prácticas a los atolladeros más comunes que suelen presentarse al momento de utilizar los sueños en el psicoanálisis con psicóticos, como la indiferenciación entre sueño, realidad y delirio, la dificultad de algunos psicóticos para asociar y el avance de las pesadillas. Se toma posición a favor de la posibilidad de utilizar los sueños en la clínica de las psicosis y se describen los modos en que estos pueden colaborar en la dirección de la cura: poniendo en discurso experiencias inefables, permitiendo la historización y sustituyendo la asociación libre por el encadenamiento entre sueños. Se concluye que la vía onírica puede constituir un remedio eficaz contra el retorno en lo real y que es preferible interrogar los sueños con preguntas no muy amplias, orientadas a vincularlos con la vida del soñante y su posición subjetiva.

Palabras clave: psicosis, esquizofrenia, paranoia, inconsciente, sueño.

La utilización de los sueños en el psicoanálisis con psicóticos ha sido históricamente cuestionada. Uno de los motivos es que los psicóticos tienen a menudo dificultad para distinguir entre sus sueños y la realidad, o bien sus sueños se mezclan con sus delirios (Mack, 1969). Otra de las razones es que a muchos psicóticos les cuesta asociar y, por eso, no suelen aportar material adicional cuando se los interroga a partir de un sueño (Capozzi & de Masi, 2001). Además, la crudeza de contenidos de algunos sueños psicóticos despierta cierto pudor en el analista, que decide no retomar los elementos tortuosos que el relato del sueño presenta. ¿Cómo salvar, entonces, estas dificultades? ¿Cómo dar un uso práctico a los muchos sueños que los psicóticos relatan en análisis sin homologarlos a los sueños neuróticos y a su modo de trabajo?

Desde hace algunos años, varios analistas vienen atreviéndose a interrogar el estatuto del inconsciente en las psicosis (Bergeron, 2008; Boukhabza, 2012, 2013; de Battista, 2015; Cantin, 2008; Labaronnie, 2019; Labaronnie, Laje & Lombardi, 2020; Lombardi, 2019; Vetere, 2014). Se ha empezado a considerar que, a partir del encuentro con un analista, el psicótico puede revisar y modificar su toma de posición con respecto al inconsciente.

Julieta de Battista (2015) explica que “eso no cambiaría la elección primera, la elección forzada, pero sí permitiría pensar una modalización del rechazo o una modificación de la posición a partir del encuentro con la función del deseo del analista” (p. 218). De este modo, deja planteado el interrogante sobre la relación del psicótico con lo inconsciente a partir del encuentro transferencial:

La pregunta es si la invitación del análisis no es la ocasión para que el psicótico pueda reubicarse en relación a la estructura y avanzar en el conocimiento

de su síntoma, es decir, en el saber hacer con él. Trocar la huida inicial del inconsciente por una reconciliación. (de Battista, 2015, p. 222)

En esta misma línea, Gabriel Lombardi (2019) viene sosteniendo la necesidad de pasar por el discurso histórico en pos de que el análisis se vuelva posible en cualquier tipo clínico: neurosis, psicosis o perversión. El discurso analítico se convierte así en productor de histerización en el analizante, siempre que el analista haya podido destituirse como sujeto y ser sumiso a la posición subjetiva de quien lo consulta.

Los trabajos que sugieren esta posibilidad de histerización y de trabajo con lo inconsciente en las psicosis hacen hincapié en lo habilitador del encuentro con un analista. “El análisis del sujeto solo puede realizarse con un analista. Esto nos recuerda que el inconsciente es esencialmente palabra, palabra del otro, y solo puede ser reconocida cuando el otro se la devuelve a uno” (Lacan, 2004, p. 348).

Esta transindividualidad del inconsciente –probablemente sugerida a Lacan por su entrada al psicoanálisis de la mano de las psicosis– es . . . sostenida durante toda su obra. Así, nos propone ubicar al inconsciente en ninguna otra parte más que en lo que decimos, y como toda palabra está enmarcada en una relación de interlocución, el inconsciente no está dentro de nadie sino en la superficie del discurso que se despliega entre el sujeto y el Otro. De este modo queda formulada una concepción novedosa del inconsciente que cuestiona en sus raíces mismas el endopsiquismo freudiano. (Vetere, 2014, pp. 169-170)

En este artículo retomamos experiencias clínicas propias y de otros analistas e intentamos ofrecer salidas prácticas a los atolladeros que la clínica psicoanalítica

* Dirección para correspondencia: celelab@gmail.com



puede presentar al momento de querer dar algún uso a los sueños de los pacientes psicóticos.

Comenzamos puntualizando las dificultades que puede acarrear la confusión sueño-realidad y sueño-delirio en la clínica de las psicosis. Luego, abordamos el problema de la falta de asociaciones y sugerimos tanto vías alternativas como maneras de interrogar que permitan cierto tipo de asociaciones acotadas. A continuación, tratamos el tema de las pesadillas, la crudeza de los contenidos en algunos sueños psicóticos, que han llevado a los analistas a vincular los contextos de brote con los sueños que presentan poco velo. Finalmente, examinamos cómo los sueños pueden, también en la clínica de las psicosis, convertirse en la vía regia para el trabajo analítico.

El problema de la confusión sueño-realidad y sueño-delirio

La psiquiatría advirtió muy tempranamente que las características de los sueños son muy similares a las del delirio y la alucinación. Freud realizó en 1900 una compilación de los aportes médicos de la época acerca de esas coincidencias, destacando algunas de ellas, tales como la supresión de la autoconciencia, la conexión de las representaciones entre sí siguiendo exclusivamente las leyes de la asociación, la cualidad alucinatoria y cenestésica de ambos fenómenos, la pregnancia de los recuerdos que se creían olvidados y que en ambos afloran, y también el cumplimiento de deseo, que tanto el sueño como la locura permiten rastrear.

Sin embargo, estas características en común no responden un interrogante que Freud se planteaba y que fue retomado en un debate en 1969: ¿tienen los sueños de los psicóticos alguna cualidad que los haga diferentes a los de los neuróticos? La conclusión de ese debate –coincidente con la opinión de Freud– fue que no existen “sueños psicóticos” (Mack, 1969) y se indicó que más que el tipo de sueño, lo que realmente caracteriza el cuadro psicótico agudo es no poder distinguir entre sueño y realidad. Del mismo modo, es frecuente que el sueño sea insertado en el delirio y puesto en continuidad con él; en definitiva, utilizado para los fines de la elaboración delirante (Frosch, 1969, como se cita en Mack, 1969).

En la obra *Memorias de un enfermo de nervios*, de Schreber (1903/2003), podemos observar esta indiferenciación entre sueño y vigilia, así como entre sueño y alucinación, cuando discute consigo mismo en las notas a pie de página 37 y 39, poniendo repetidamente en duda la naturaleza –onírica o diurna– de algunos de sus recuerdos.

En la noche del 14 al 15 de marzo del año en curso (1900) volvió a producirse mientras soñaba un fantasma milagroso tan disparatado como los que yo había vivido con frecuencia en épocas anteriores. . . . Finalmente aventé el fantasma milagroso que angustiaba en alto grado mi sueño cuando cobré fuerzas para despertarme por completo y encendí

la luz . . . yo mismo creí haberme levantado de la cama durante la visión onírica para encender la luz y así poner término al fantasma milagroso, pero que al despertarme completamente me encontré tendido en la cama, la cual, por consiguiente no había abandonado en absoluto. . . . Las imágenes oníricas de la noche antes mencionadas y las visiones semejantes de épocas anteriores sobrepasan, empero, de lejos en claridad plástica y en veracidad fotográfica todo aquello que yo, por lo menos en mis días de salud, había vivido anteriormente. . . cualquier otro hombre, si hubiera visto imágenes oníricas de esta clase, las habría tomado por la realidad al igual que yo. . . . Como es natural, tengo ahora que rectificar algunas cosas anteriores. . . ; en especial, no tengo ya ninguna duda de que el encuentro con nuestro rey actualmente reinante, descrito en la nota 28, fue tan solo una imagen onírica. (Schreber, 1903/2003, pp. 99-100)

Pero unas páginas más adelante, vuelve sobre lo mismo para desdecirse:

Si bien antes, en la nota 37, observé que ya no tenía duda alguna de que esto fuese tan solo una imagen onírica, tengo ahora, después de haberlo ponderado nuevamente, que hacer una restricción. El hecho de haber estado yo mismo junto a la mirilla de la puerta de mi dormitorio constituye un recuerdo demasiado claro como para creer aquí en una ilusión sensorial. (Schreber, 1903/2003, p. 108)

Por su parte, Lacan (1932/1979) realizó observaciones coincidentes en su estudio del caso Aimée, la paciente paranoica a quien dedicó su tesis doctoral:

Los estados de ansiedad onírica desempeñan un papel importante. La enferma ve en sueños a su hijo “ahogado, asesinado, raptado por la G. P. U.”. Cuando despierta, se halla en un estado de ansiedad extrema. Está en verdad esperando de un momento a otro el telegrama en que se le va a decir que la desgracia ya ha ocurrido. (p. 148)

Para oponer un punto de vista clínico y práctico a estas observaciones fenomenológicas, podemos recurrir al trabajo de Lucie Cantin (2008), quien ubica tres momentos en la relación del psicótico con sus sueños una vez comenzado un análisis.

En el primer momento, sueño y delirio se confunden, se mezclan y están en continuidad, como se ha señalado muy a menudo (Capozzi & de Masi, 2001; Mack, 1969).

En el segundo, la transferencia se ha instalado, y el analista comienza a escuchar que entre un sueño y otro hay una lógica, aunque el psicótico tal vez tarde más en poder advertirla. Las conexiones se forman del lado del analista. Es en esta etapa que comienzan los rudimentos de una posible historización y de elaboraciones nuevas en torno

a las coyunturas desestabilizantes y los recursos del psicótico para salir de ellas. Por ejemplo, Capozzi y de Masi comentan lo siguiente: “Este fue un sueño particularmente importante porque, con la participación de la paciente, condujo a la reconstrucción de su entrada en el estado psicótico, aquél que la había llevado a su primera hospitalización” (p. 945).

En el tercer momento, existe un trabajo de análisis en marcha, con una cierta distancia ganada respecto del delirio, que ya no ocupa el centro de la escena analítica y se ha reducido a sus elementos clave (aquellos que permanecerán intocados). Entonces los sueños pueden ser interrogados con el propósito de que el psicótico comience un tipo de trabajo que no consiste en responder al enigma con elaboraciones delirantes, sino que se sirve del material inconsciente para interrogar su posición con respecto al Otro. El asunto no es interpretar, ni tampoco llevar al psicótico a la apertura de un enigma insondable –cuyas consecuencias desfavorables conocemos–, sino poner a su alcance los lazos posibles – siempre vía la pregunta– entre sus sueños y su posición, su historia y sus síntomas. Esto, por supuesto, solo será posible si la interrogación de la posición subjetiva no está dirigida por el analista hacia el ideal de la rectificación, algo imposible en casi todos los casos de paranoia, por ejemplo. Se trata, en cambio, de explorar aquello que produce síntomas en la relación con el Otro, sea su excesiva cercanía, sea por pretender cierto tipo de lazo que se ha mostrado desestabilizante en el pasado, o bien por la insistencia del psicótico en aspirar a ciertos ideales que hacen imposible cualquier lazo. En la medida en que el analizante acepte algún cuestionamiento de sus elecciones repetitivas, los sueños podrán colaborar en ese camino. Si no lo acepta, probablemente sus sueños muestren igualmente ese cuestionamiento –hecho muy interesante y frecuente en las psicosis–, pero el sujeto decida rechazar con firmeza sus contenidos, por muy obvios que puedan resultar para el analista. En este sentido, se puede preguntar, pero nunca es conveniente insistir.

Cuando todo funciona, y si el analista es paciente y permisivo frente a la firmeza psicótica, los sueños podrán aportar material insospechado sobre la posición subjetiva que comanda la repetición.

En respuesta al deseo de saber del analista, los significantes del sueño podrán entonces revelar una posición subjetiva anteriormente ocultada por la organización delirante.

... Los significantes del sueño, dirigidos al analista, quien se abstiene de toda demanda y de toda interpretación, descubiertos y reconocidos con sorpresa por el analizante como formando parte de su propio Inconsciente, van a poner progresivamente en cuestión el delirio que mantenía la sumisión del sujeto al goce del Otro. (Bergeron, 2008, p. 232)

Aquí se dividen las aguas entre dos posiciones bien distintas de parte del terapeuta: atender al paciente

meramente como psicótico, resignándose a cierta concepción de la psicosis como deficitaria, o escucharlo como a un verdadero analizante, con muchas posibilidades de descubrir su propia posición subjetiva a lo largo del tratamiento. Si esta última posición acontece, el psicótico podrá elegir aferrarse a ese análisis, continuarlo y prestarse a sus efectos, o bien retirarse y aferrarse solamente al delirio, sostenerse de la única certeza que conoce (Bergeron, 2008). Si el análisis continúa, el psicótico puede llegar a pensar su delirio como un síntoma –como de hecho sucede muchas veces– o bien tomar sus alucinaciones como un síntoma, interrogar los contextos de su surgimiento y sus contenidos.

Las demostraciones clínicas y teóricas de Bergeron (2008) permiten trazar líneas de separación que apuntan a no confundir el retorno en lo real (Lacan, 2004) con la elaboración onírica. Esta última ha mostrado ser, por el contrario, un remedio eficaz contra lo primero. Según esta autora, el desplazamiento de los elementos del delirio o la alucinación a la escena del sueño, esa Otra escena constitutiva del inconsciente, permite al sujeto reconocerlos como suyos y trabajarlos de otra manera.

La relación entre el soñante psicótico y su sueño fue especialmente considerada por Freud (1922/1999) en su reporte sobre dos casos de paranoia. Uno de sus pacientes mostraba una saludable incredulidad frente a sus fantasías paranoicas y, por consiguiente, también desestimaba los sueños que las tomaban como material. Pero esto no es lo más frecuente en los inicios de un tratamiento. Antes bien, como señala Bergeron, los sueños iniciales suelen estar en continuidad con el delirio o las alucinaciones. Al respecto, es interesante cómo Freud (1922/1999) explica la participación del delirio en el armado de un sueño:

Los pensamientos preconcientes pueden ser los resultados de todos aquellos procesos patógenos en que reconocemos la esencia de una neurosis. Y no vemos la razón por la cual una idea enfermiza cualquiera de esa índole no podría experimentar su remodelamiento en un sueño. Por tanto, un sueño puede corresponder sin más a una fantasía histérica, a una representación obsesiva, a una idea delirante, vale decir, destilarse como tal en su interpretación. (Freud, 1922/1999, p. 223)

Podríamos decir que en este párrafo Freud no solo distingue dentro del sueño aquello que puede considerarse afectado por el brote psicótico de aquello que no, sino que además brinda una indicación para el análisis: la interpretación podría apuntar a destilar la idea obsesiva, histérica o delirante sobre cuya base se construyó ese sueño.

En este sentido, Cantin (2008) asegura que los sueños permiten arribar a construcciones que ordenan de una nueva manera los primeros recuerdos y acontecimientos psíquicos, las experiencias de extrañeza que datan de la infancia o la adolescencia, los pensamientos que han recorrido los

momentos psicóticos y los actos puestos en escena durante las crisis. “Son el sueño y sus asociaciones los que habrán llevado de vuelta al psicótico al momento donde por primera vez ese pensamiento sobrevino, el contexto donde apareció o se impuso” (Cantin, 2008, p. 189).

En conclusión, la utilización de sueños en el análisis con psicóticos puede permitir elaborar con posterioridad una crisis, e incluso revisar los contenidos delirantes –cuando ya el analizante los ha criticado y puede tomarlos como elementos que tienden a repetirse en él–. El pasaje de estos contenidos al sueño denota ya una cierta elaboración, especialmente cuando el paciente ha avanzado hasta cierto estado en que puede interrogar la finalidad de sus sueños y los eventos que los ocasionan.

El problema de la falta de asociaciones

Este es uno de los puntos que más se ha señalado como dificultoso a la hora de trabajar sueños con pacientes psicóticos (Capozzi & de Masi, 2001). Si bien algunos son muy hábiles para asociar, es cierto que a un buen número le resulta muy trabajoso. Pero abrir vías asociativas a partir de los elementos del sueño no es el único camino para saber cómo éstos se relacionan con la vida de vigilia y el decurso del tratamiento. Como ha señalado Atkins (1969, como se cita en Mack, 1969), las series de sueños siempre portan un mayor valor informativo del que puede ofrecer un sueño único. Frente a la dificultad asociativa que experimentan algunos psicóticos, los sueños en serie pueden constituir verdaderas líneas asociativas (Boukhabza, 2012, 2013), encadenándose entre sí, como las *continued stories* observadas por Freud (1923/2000, p. 113). De este modo, y si el analista se presta a sostener esta transferencia hacia los sueños, el analizante podrá atender a lo que le viene en sueños y que no puede hacer suyo vía la conciencia.

Boukhabza (2012) refiere varias series de sueños que pudo reconocer y ordenar a lo largo de un tratamiento prolongado con un paciente psicótico que denomina “A.”. Durante ese tratamiento, la autora fue tomando nota de los sueños sin tener en claro qué uso iba a darle a ese material. Transcurridos diez años, inició un trabajo de revisión de sus anotaciones y pudo ubicar allí varios aspectos: uno es el hecho de que las asociaciones de A. fueron aumentando a lo largo del tiempo, otro es que los sueños podían ordenarse en series a partir de cierto tema que iba transformándose en la escena onírica. En función de estas vinculaciones los llamó “sueños de estudio” (Boukhabza, 2012, p. 19), “sueños de agujero” (Boukhabza, 2012, p. 20), sueños que giran en torno a las cejas, “sueños de corte” (Boukhabza, 2012, p. 21), etcétera. A diferencia de los sueños de agujero, más crudos, los sueños de corte presentan escenas donde el cuerpo es herido, pero sin que brote sangre. Se nota una progresión, una mejoría que lleva hasta un sueño dentro del cual A., sin desesperar, piensa: “esto va a cicatrizar solo” (Boukhabza, 2012, p. 21).

El psicoanalista argentino Juan Pablo de Arriba (2018) señala este mismo hecho: es “como si entre los mismos sueños fuera tejiéndose una suerte de elaboración

propia, ajena a la comprensión de Alicia [una paciente psicótica], frente a la cual ella no puede más que rescatar las figuraciones imaginarias” (p. 187).

Encontramos una coincidencia entre analistas al remarcar este hecho de las series oníricas, en las que un tema va tejiéndose, elaborándose, a una velocidad mayor de la que el psicótico registra vía la consciencia. Si lo consideramos detenidamente, esto es así también en el análisis de neuróticos, aunque a menudo nos engañe el hecho de que estos se entregan más cómodamente al *insight* explicativo (Labaronnie, 2019).

Este hecho constituye un tema en sí mismo, ya que, como han señalado Cantin (2008) y Capozzi & de Masi (2001), a menudo el psicótico no capta sentidos que al analista le parecen obvios al escuchar el sueño. Capozzi y de Masi atribuyeron este hecho a un supuesto carácter concreto de los sueños psicóticos. En nuestra opinión, los sueños en las psicosis son abundantes y ricamente simbólicos; lo que cambia es la posición subjetiva del paciente, que en lugar de poner en relación esos significantes con sus pensamientos conscientes –no es otra cosa la asociación libre– experimenta un corte radical entre lo consciente y lo inconsciente. Ese corte se comprende fácilmente si recordamos las investigaciones de Freud acerca de la proyección: lo inconsciente, en lugar de ser captado como propio y habilitar ciertas iluminaciones en el analizante, es proyectado hacia la realidad o hacia el Otro; de esa manera es rechazado, “reprimido por proyección”. Como esa defensa es más enérgica que la simple represión –cuyo retorno es la otra cara de una misma moneda–, introduce una dificultad extra: la desconexión más radical entre lo inconsciente y lo consciente, a punto tal que los productos de lo inconsciente a veces no llegan a rozar las reflexiones que el analizante puede hacer sobre su posición subjetiva.

Sin embargo, en este punto es útil recordar que el núcleo de lo inconsciente siempre permanece inconsciente en cualquier tipo clínico y, por lo tanto, sabemos ya que el análisis es posible y eficaz sin necesidad de que el trabajo inconsciente sea filtrado luego por la consciencia. Sabemos que los mayores efectos de un análisis no pasan por el *insight*, sino por modificaciones pulsionales que ocurren por el hecho de poner lo inconsciente a trabajar e intervenirlo. Entonces se vuelve posible captar por qué los psicóticos –aun cuando frente a algunos de sus sueños permanecen aparentemente intocados, no tienen nada para decir o rechazan obviedades que el sueño pone en palabras– obtienen no obstante un efecto; efecto que los motiva a seguir concurriendo a las citas con el analista, incluso con una firmeza que los lleva a ausentarse mucho menos de lo que lo hace un neurótico.

Por otra parte, hay que tomar en cuenta que los sueños también pueden ser escuchados de forma literal, sin necesidad de apelar a la asociación a partir de los elementos del relato. El analista puede tomar las palabras o frases del sueño, sacarlas de contexto y usarlas para preguntar al psicótico por la posible relación entre esos enunciados y su vida cotidiana. Esto es distinto de confrontarlo con la apertura asociativa –que para el

psicótico puede volverse infinita— a partir de un significante, al modo del clásico: “¿qué se le ocurre con este término?”. Esa pregunta, demasiado abierta, puede sustituirse por otras del estilo: “este elemento que aparece en el sueño, ¿qué puede tener que ver con su vida actual o pasada?, ¿se le ocurre alguna anécdota que involucre este elemento?, ¿lo hace pensar en algo que haya vivido o pensado alguna vez?”. De esta manera, orientamos las asociaciones en una vía que no es la de construir delirios, asociar libremente, tan libremente que cualquier cosa podría venir al caso. Sabemos que los psicóticos suelen practicar una libertad —asociativa y de acto— mayor a la neurótica, con las ventajas y desventajas que eso supone.

¿Cómo hacerlo? Veamos, por ejemplo, el siguiente sueño de una analizante psicótica:

Mendigando, así estaba yo. Dormía en el piso, giraba la cabeza de un lado a otro, sentía esa carga que llevaba en mis hombros. Me levanto con un bastón y camino como si fuera una viejita con el cuerpo de joven. Había dos columnas de gente, como si fuera una Iglesia. Hasta que decidí entrar por el medio de esas columnas. Y había tres emperatrices: una era una mujer joven y dos niñas, las tres vestidas de la misma forma. Y lo único que pasó es que nos mirábamos. Y ahí desperté, y después lloré. Un sueño raro. (de Arriba, 2018, p. 187)

El analista cuenta que le pregunta a la paciente qué piensa de este sueño —pregunta demasiado amplia—, y esta conjetura que la clave está en el tres, pero no logra decir más. El sentido del sueño se vuelve un enigma, y los elementos que podrían vincularse con su posición en la vida quedan sin ser interrogados. La paciente vincula luego ese sueño con otros, pero de forma delirante: pasa a suponer que sus sueños tienen valor profético y experimenta al poco tiempo un episodio alucinatorio que describe como “un ataque catatónico” (de Arriba, 2018, p. 187).

A nuestro parecer, este sueño podría haber sido interrogado en su relación con la soñante, especialmente a partir de los verbos, que sabemos desde Freud que conjugan gramaticalmente las fuerzas de la pulsión. Por ejemplo: ¿Qué relación tiene ella con el “mendigar”? ¿Es acaso su modo de relación con el otro en algunas ocasiones? ¿Se ha sentido como si mendigara en alguna circunstancia? ¿Qué hay de ese “levantarse con un bastón”? ¿Qué “bastones” le han permitido levantarse en otros momentos de su vida? ¿Cuáles considera que son hoy sus bastones y para qué le sirven? Luego, el sueño dice “decidí entrar por el medio”. Se podría preguntar: ¿considera que alguna vez hizo algo que podría ser considerado como “entrar por el medio”? o bien, ¿qué sería “entrar por el medio” para ella en sus circunstancias actuales? Con preguntas de este estilo podemos interrogar lo que el sueño aporta, con menos riesgo de despertar en el psicótico un enigma demasiado abierto, que tenderá a ser leído desde el delirio.

Con el avance del análisis, el psicótico puede hacerse decir en sueños importantes indicaciones separadoras o estabilizantes (Labaronnie et al., 2020), que no siempre estarán ligadas al taponamiento de la falta y la consecuente profusión delirante, sino a su posición subjetiva y a la relación al Otro que se repite.

La señora D., por ejemplo, relata el siguiente sueño: “Estaba mi mamá, ella me daba un hijito, así chiquitito (hace un gesto con las manos como un cuenco, señalando un tamaño diminuto). Bah, no era un bebé formado, era como eso que está antes de que se forme. Y me lo daba”. Busca la palabra, no la encuentra, cree que se refiere al embrión o al feto. Le pregunto qué puede ser eso del bebé chiquitito, si la lleva a pensar en algo actual o de su pasado, a lo cual responde, muy fresca: “debe ser que ese bebé soy yo, que me tengo que hacer desde cero otra vez”. Se refiere justamente a algo que veníamos conversando: que tras la muerte de su padre ella no ha encontrado ánimos, ni proyectos, ni maneras de arreglárselas. Esa muerte arrasó con su vida; el dolor y los autorreproches la consumen. A pesar de lo cual, para el momento en que relata este sueño, le señalo que no ha advertido varias cosas que estuvo haciendo recientemente, y que antes le costaban bastante más. Ella dice: “el peligro de muerte ya pasó, eso ya está, ya quedó atrás, ahora tengo que ver qué quiero hacer”.

El problema de la crudeza de los contenidos: el avance de las pesadillas

En el debate de 1969, Mack y Frosch enfatizaron la relación entre los brotes psicóticos y la presencia de pesadillas. Varios analistas opinaron que un patrón repetitivo e insistente de pesadillas en la infancia podría ser indicativo de una constitución subjetiva psicótica. En un artículo más reciente se ha señalado la existencia de sueños “predictivos” que presentan, con antelación al brote, lo que serán los elementos básicos del delirio (Capozzi & de Masi, 2001). Algo similar indicaba Atkins en 1969 (como se cita en Mack, 1969): “la psicosis puede ser anticipada por ciertos sueños que pueden, en el contenido manifiesto, reflejar la respuesta del yo frente al peligro” (p. 213).

De hecho, Schreber (1903/2003) relata que, entre su primera y su segunda internación, tuvo sueños que venían a recordarle el estado de enfermedad en que había estado sumido; sueños que resultaron ser, a la vez, anuncios del brote venidero.

Esta vinculación entre sueño y estallido psicótico llevó a la psiquiatría clásica a creer que el sueño podía ser la causa de la locura. En su revisión de textos médicos sobre el tema, Freud (1900/2001) recapitula las opiniones de Hohnbaum y Sante de Sanctis acerca de esta vinculación. En este contexto, Freud habla —parafraseando a los psiquiatras— de “sueño eficaz” (p. 110) para referirse a aquél que instala el estado patológico. Sin embargo, no se priva de introducir una disquisición central: “Aquí se nos presenta al sueño como etiología de la enfermedad mental, aunque también podríamos dar razón del hecho diciendo que esta tuvo su primera exteriorización en la vida

onírica, irrumpiendo a través del sueño por primera vez” (Freud, 1900/2001, p. 110-111). Es decir, la antecedencia de ciertos sueños con respecto al brote posterior no tiene por qué implicar una relación de causalidad, sino una comunidad de mecanismos, un estado delirante (paranoia) o disociativo (esquizofrenia) que se expresará tanto a través del sueño como de otros fenómenos, pero que es habitual que el sueño exprese previamente.

Capozzi y de Masi (2001) se han enfocado en la crudeza de los sueños en ciertos casos de psicosis, los contenidos no velados de violencia, sadismo, figuras monstruosas que alarman al paciente y al analista. Retoman de autores como Green y Bion la idea del sueño psicótico como descarga. Sin embargo, destacan el hecho de que un sueño que adviene durante un tratamiento y pone en escena los elementos de un brote incipiente es de mucha ayuda, pues permite poner en discurso la dificultad actual e interrogar aquello que está resultando desestabilizante en la vida cotidiana del paciente. De esta manera, los sueños se convierten también en la vía regia hacia el padecimiento sintomático, ya sea que este último tome la forma del delirio o de la alucinación.

Por su parte, Bergeron (2008) propone el uso de las pesadillas para interrogar el sentir actual y pasado del paciente psicótico:

“¿Qué le enseña el sueño sobre usted, qué le hace recordar de su pasado, de lo que usted ha vivido?”, preguntará el analista, o incluso: “¿qué le transmite su Inconsciente a través de este sueño de aquello que usted ha encontrado como dificultad en el pasado, qué impresión molesta, qué cosa insoportable ha podido producir esta pesadilla?”. (p. 243-244)

La oportunidad que el sueño ofrece de cuestionar aquello que está causando una desestabilización es muy valiosa, ya que permite, en muchos casos, desarmar una interpretación delirante que puede ponerse en palabras a partir del sueño y ser desarticulada por el analista al sugerir otro sentido posible, menos persecutorio y que dé lugar a la singular constelación subjetiva del analizante, a su modo particular de repetir, y que además evidencie los elementos en juego en esa repetición.

Veamos un ejemplo. Una paciente paranoica relata un sueño que le preocupó: el rostro de un joven que se acerca sonriendo. Ella lee en este sueño una articulación con su síntoma fundamental: la “desconfianza”. Es el modo en que ella nombra el sentimiento que precede a sus pensamientos paranoicos. La desconfianza ha organizado su vida desde pequeña, pues le indicaba, por ejemplo, no relacionarse de forma cercana con ninguno de sus compañeros de colegio. El peligro que ella percibía lo explica como cierta posibilidad de falsedad en las relaciones, que podría llevarla a ser luego objeto de burla o crítica, en caso de entrar en confianza con alguien. A partir de este sueño del rostro que se acerca yo introduzco varias preguntas, tales como si ese acercamiento tenía una connotación sexual, hasta dónde llegaba la cercanía de ese rostro con respecto a ella, si esto podía tener alguna

relación con un deseo, si pensaba que el sueño mostraba algo que podía suceder pronto en la realidad, etc. Ella va explicándose, paso a paso, que el rostro del sueño se acerca, pero que no llegan a tocarse, también dice que a ella le dio miedo, pues si bien ese muchacho le agrada –es alguien que conoce–, ella no se sentiría lista para una cercanía así –sexual, aclara entonces– hasta más adelante, que necesita conocer a alguien mucho más y a lo largo de cierto tiempo para poder tener cercanía y que, por eso, no desea ese acercamiento en un futuro cercano. Concluye que el sueño viene a retomar una cercanía que ella efectivamente sintió con ese muchacho, en una salida nocturna con amigos, pues charlaron a solas y fue agradable, pero que no hubo allí nada sexual y que ella no quisiera que él avanzara por esa vía. Le señalo que, entonces, esta es su condición: ella necesita tiempo. El diálogo acerca de este sueño desarma además los incipientes fenómenos interpretativos con respecto a este muchacho, cuyo único pecado fue el de conversar con ella a solas.

Los sueños como indicadores de la dirección de la cura

Tanto Boukhabza (2012, 2013) como Bergeron (2008) y Cantin (2008) consideran que el sueño puede –también en las psicosis– venir a dar cuenta de la instalación de la transferencia y de la demanda de análisis que ha podido formularse a partir del encuentro con un analista. Es el caso del “sueño de las voces”, que refiere Boukhabza (2013) como parte del tratamiento de un paciente denominado A.: “tengo bichos en las orejas, los retiro. Cuando ya no quedan más, me despierto” (p. 186). El analizante expresa: “las voces, quisiera que se detuvieran” (p. 186); “El sueño de las voces indica una dirección, la de la elaboración de un saber en lugar y reemplazo de las voces. Ese saber, es el trabajo del sueño quien va a producirlo” (p. 186).

Algo similar observé en un paciente de 12 años, esquizofrénico, que atendí hace unos años. Sueña que amigos suyos aparecían en una parada de micros, sentados, y cada uno tenía junto a sí su propio fantasma, una especie de sombra ubicada al lado de la persona real. En el sueño, él y un amigo tenían “la misión de separarlos”, lo cual me resultó indicativo, en ese momento, de una dirección para el tratamiento: una necesidad de separación que, inicialmente, debió ser operada entre los pensamientos y sentimientos de su madre y los suyos, ya que hasta ese momento no habían sido diferenciados jamás, al punto que la madre pensaba antes que su hijo era autista, pues él a nada se oponía, nada manifestaba como diferencia para con ella.

Lo mismo sucede con el sueño de la señora D. que hemos comentado previamente. En este caso, ella lo interpreta sola y extrae de allí una indicación: “tengo que hacerme desde cero, volver a criarme”, ya que la muerte de su padre, dos años atrás, la había dejado devastada, arrasada. Acompañar el armado de una nueva vida es aquí lo que el sueño indica como dirección de la cura.

Del mismo modo, en casos que me han sido comunicados bajo supervisión he podido escuchar los

siguientes sucesos: un analizante psicótico sueña con un tren que marcha a toda velocidad hasta que una persona, de frente y con la mano en alto, lo frena. Al preguntar la analista por ese sueño, el paciente comienza a asociar ideas sin sentido, en una metonimia interminable que ella deja seguir durante un tiempo, hasta que, agotada y desorientada, reacciona frenando ese decurso, poniendo corte a la cadena asociativa infinita. Entonces el sueño del tren que había que frenar no solo se escenifica en la sesión, sino que además es una probable referencia a la función que se espera del analista en esa cura en particular.

Otro ejemplo: una paciente psicótica relata dos sueños. En uno, es observada desde una ventana; en el otro, es ella quien observa, habiéndose interpuesto otras personas entre ella y quien es observado. Nuevamente, el acto analítico a realizar en esa cura es indicado muy tempranamente por esos dos sueños, de los cuales el segundo muestra una progresión con respecto al primero.

En esta misma línea podemos ubicar el conocido ejemplo del “Hombre de los lobos” (Freud, 1918/1999). A partir del sueño en que los lobos lo miran con sus bocas abiertas, sentados sobre un nogal, el paciente recuerda su primer episodio alucinatorio, el del dedo cercenado. Esa primera alucinación tuvo lugar, justamente, cuando “jugaba en el jardín junto a mi niñera y tajaba con mi navaja la corteza de uno de aquellos nogales que también desempeñan un papel en mi sueño” (Freud, 1918/1999, p. 79). En este caso, no se llegó a interrogar en qué contexto se encontraba el paciente en aquel momento, si recordaba haber tenido algunos pensamientos en particular, si algo lo incomodaba por aquel entonces, etcétera; preguntas que apuntarían a situar los elementos desestabilizantes en ese sujeto. En cualquier caso, es claro que la experiencia de tajar el árbol implicó algo inquietante para él, pues al tiempo rectifica su recuerdo y aporta un segundo material alucinatorio que pertenece a esos años de su infancia:

Rectificación en un relato posterior: “Creo que no tajaba el árbol. Eso es una confusión con otro recuerdo, que sin duda tiene que haber sido falseado por vía alucinatoria: que yo hacía en un árbol un corte con el cuchillo y entonces manaba sangre del árbol”. (Freud, 1918/1999, p. 79)

Este caso es muy instructivo respecto a algo que remarcan los analistas que han publicado trabajos sobre los sueños en las psicosis: la frecuencia con que los sueños retoman las primeras vivencias alucinatorias o de extrañeza. Todo indica que el sueño se convierte en un aliado que permite transmitir cada vez con más facilidad la extrañeza de los fenómenos psicóticos; los significantes que han marcado la historia del sujeto, que han quedado aislados y que, en lugar de retornar por vía alucinatoria o delirante, pueden adquirir mediante el trabajo con los sueños una nueva elaboración que los inserte en una trama historizable. Aquí la dirección de la cura es la de recoger esos fragmentos que el sueño logra tejer en torno a fenómenos que, en otra época, resultaron inefables.

Otro ejemplo valioso es el aportado por Bergeron (2008) sobre un caso que llamó “M. Renard”:

En este punto de la cura, a partir de sueños sobre los cuales él todavía asociaba la mayor parte del tiempo a duras penas, una escena pudo ser puesta de relieve: aquella de sus cinco años en que el médico lo examina, manipulándolo, mientras que su madre lo mira sufrir y que se ríe de él, como si se burlara de sus órganos genitales en peligro. Esta escena se había instalado en el corazón de una repetición cuyo origen él aprendía progresivamente a reconocer, mientras que en el análisis se construía un saber sobre algunos de sus comportamientos y actitudes ante las mujeres. (p. 236)

La autora señala que, además, el trabajo del sueño sirve en la dirección de la cura para cuestionar los fenómenos elementales y poder tomar distancia de ellos.

El analista dejará entonces al propio sueño del analizante “comentar” y cuestionar el delirio, introducir dudas en él, poner en cuestión las voces. Progresivamente, el sueño vendrá a mermar el delirio y, poco a poco, una historia subjetiva se constituirá con el fin de devenir el nuevo punto de apoyo para la vida. (p. 243)

Además, los sueños pueden permitir, como se muestra en este trabajo, poner en palabras los temores y dificultades que el psicótico experimenta en un plano que no es el del delirio. En varios ejemplos relatados por Bergeron, los sueños ponen en escena la dificultad para tomar ciertas decisiones, separarse del Otro, tomar posición. Luego, esos sueños trabajados en sesión dan lugar a ciertas elecciones.

Consideraciones finales

Tal como lo han planteado diversos analistas, el trabajo con lo inconsciente en las psicosis no es imposible. Y en el caso particular de los sueños, sostenemos que trabajarlos puede convertirse en un remedio eficaz contra el retorno en lo real. La cuestión es cómo trabajarlos, qué uso darles en el análisis.

Uno de los detalles que hemos querido enfatizar es que, al momento de interrogar los sueños psicóticos, es preferible no utilizar preguntas demasiado amplias, que habiliten la asociación infinita, sino introducir preguntas que orienten la asociación en el sentido de una vinculación entre el sueño como producto y la posición subjetiva del analizante, incluyendo allí su historia, sus síntomas y su deseo.

Por otro lado, hemos observado que a veces los sueños vienen a aportar material acerca de la posición del analizante psicótico que incluso puede ser rechazado decididamente por este. En ese caso, el analista no deberá insistir, pero el decir del sueño le habrá aportado información que podrá utilizar para intervenir en alguna otra ocasión, con la delicadeza que el caso requiera.

Otro punto que hemos intentado desarrollar es el de la colaboración de los sueños para poner en discurso las experiencias inefables del pasado o presente del psicótico. Como dice Freud (1922/1999), la interpretación de un sueño puede permitir destilar una representación obsesiva, una fantasía histérica o incluso una idea delirante.

Ubicamos en esta línea los sueños que permiten al psicótico poner en palabras fenómenos alucinatorios o delirios que se encuentran en ciernes o que lo aquejaron en el pasado. Esto da al analista la posibilidad de intervenir oportunamente. Coincidimos con Freud en que el sueño tiene a veces la virtud de anticiparse a estos sucesos, expresando con prontitud fenómenos que se están gestando. En este sentido, los sueños también son de valor al momento de acompañar una historización posible en pacientes cuya vida ha estado signada por los pasajes al acto y las lagunas de la memoria.

Por otra parte, hemos respondido al problema de la falta de asociaciones con dos propuestas: la de atender al encadenamiento entre sueños y considerar que los sueños posteriores advienen como respuesta a lo que sueños previos dejaron como interrogante; e insistimos en la necesidad de utilizar preguntas que vinculen al sueño con el soñante, con su posición en la vida y su historia, para ayudar a promover asociaciones puntuales, que para algunos pacientes psicóticos pueden ser muy difíciles de producir en un principio. En este sentido, prestar especial atención a

las acciones que se realizan en el sueño, expresadas a través de verbos, es una indicación especial que extraemos de la experiencia clínica y de la teoría freudiana sobre la pulsión.

Por último, pero no menos importante, sostenemos que, una vez instalada la transferencia psicótica –con la especial distribución del saber que esta supone–, los sueños pueden venir a indicar posibles direcciones de la cura. Si el analista ha sabido operar desde la destitución subjetiva y dejar el saber del lado del psicótico y de sus producciones, podrá anoticiarse, a través de los sueños, de aquellas operaciones que es necesario producir en ese tratamiento. Vimos ejemplos en que la dirección señalada era (1) la producción de un nuevo saber en reemplazo del saber que las voces ofrecían, (2) la necesidad de producir una cierta separación entre madre e hijo, (3) acompañar el armado de una nueva vida tras el arrasamiento subjetivo que suponen ciertos duelos en casos de psicosis, (4) encarnar un freno posible a la metonimia infinita, (5) poder poner en palabras experiencias inefables y tomar distancia de las mismas, entre otras direcciones posibles que serán las que surjan de cada caso en su singularidad.

Como utilizar os sonhos na psicanálise com psicóticos

Resumo: Este artigo tem como objetivo apontar soluções práticas aos impasses mais comuns que costumam aparecer quando se aborda os sonhos na psicanálise com psicóticos, como a indiferenciação entre sonho, realidade e delírio, a dificuldade de alguns psicóticos com a associação livre e o avanço dos pesadelos. Toma-se posição a favor da possibilidade de utilizar os sonhos na clínica das psicoses e se descrevem os modos em que estes podem colaborar com o tratamento, colocando em discurso experiências inefáveis, permitindo a historização e substituindo a associação livre pelo encadeamento dos sonhos. Conclui-se que a vida onírica pode constituir um remédio eficaz contra o retorno no real e que é preferível interrogar os sonhos com perguntas não muito amplas, orientadas a vinculá-los com a vida do sonhante e com a sua posição subjetiva.

Palavras-chave: psicose, esquizofrenia, paranoia, inconsciente, sonho.

Using dreams in psychoanalysis with psychotic patients

Abstract: This paper offers some practical solutions to the most usual predicaments that usually arises when exploring dreams in psychoanalysis with psychotic patients, such as the non-distinction between dream, reality and delirium, the difficulty with free association and the invasion of nightmares. It advocates for using dreams in psychosis clinic and describes how dreams can contribute to treatment, by turning ineffable experiences into discourse, allowing historization and replacing association with dream chaining. Dream life can be an effective remedy against the return to the real, being preferable to interrogate dreams with precise questions aimed to link them to the dreamer's life and their subjective position.

Keywords: psychoses, schizophrenia, paranoia, unconscious, dream.

Utilisation des rêves en psychanalyse avec les psychotiques

Résumé : Cet article propose quelques solutions pratiques aux problèmes les plus courants qui se posent lors de l'exploration des rêves en psychanalyse avec les psychotiques, tels que la non-distinction entre rêve, réalité et délire, la difficulté de l'association libre et l'invasion des cauchemars. On plaide pour l'utilisation des rêves dans la clinique des psychoses et décrit comment ceux-ci peuvent contribuer au traitement, en mettant en discours les expériences inefables, permettant l'historisation et remplaçant l'association par l'enchaînement des rêves. La vie onirique peut être un remède efficace contre le retour au réel, étant préférable d'interroger les rêves avec des questions plus précises visant à les relier à la vie du rêveur et à sa position subjective.

Mots-clés : psychose, schizophrénie, paranoia, inconscient, rêve.

Referencias

- Bergeron, D. (2008). Le corps au rythme de la cure analytique du psychotique. In W. Apollon, D. Bergeron, & L. Cantin, *La cure psychanalytique du psychotique. Enjeux et stratégies* (pp. 217-260). Québec, Canada: Gifric.
- Boukhabza, D. (2012). *La lettre du rêve. Un lecteur pour la psychose*. Toulouse, France: Érès.
- Boukhabza, D. (2013). Le rêve, un outil pour la cure analytique des psychoses. *Psychologie Clinique*, (36), 184-192. doi : 10.1051/psyc/201336184
- Cantin, L. (2008). Avènement de la parole, déconstruction du délire et expérience de « castration » dans la cure du psychotique. In W. Apollon, D. Bergeron, & L. Cantin, *La cure psychanalytique du psychotique. Enjeux et stratégies* (pp. 173-216). Québec: Gifric.
- Capozzi, P., & de Masi, F. (2001). The meaning of dreams in the psychotic state. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 82(5), 933-952. doi : 10.1516/0020757011601280
- de Arriba, J. P. (2018). *Los sueños en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- de Battista, J. (2015). *El deseo en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Freud, S. (1999). De la historia de una neurosis infantil. In *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, trad., Vol. 17). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1918)
- Freud, S. (2001). La interpretación de los sueños. In *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, trad., Vols. 4-5). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900)
- Freud, S. (2000). Observaciones sobre la teoría y práctica de la interpretación de los sueños. In *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, trad., Vol. 19, pp. 107-122). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923)
- Freud, S. (1999). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. In *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, trad., Vol. 18). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1922)
- Labaronnie, C. (2019). *Usos clínicos de los sueños en las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Labaronnie, C., Laje, M., & Lombardi, G. (2020). Évolution et actualité des considérations sur le rapport rêve–psychose en psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(4), 581-593. doi : 10.1016/j.evopsy.2020.06.007
- Lacan, J. (1979). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ciudad de México, México: Siglo Veintiuno. (Trabajo original de 1932)
- Lacan, J. (2004). *El seminario, libro 3: Las psicosis, 1955-1956*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lombardi, G. (2019). *El discurso analítico, garante de la histerización del analizante*. Presentación del trabajo en el 6o Encuentro de Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano, Barcelona, ES. Recuperado de <https://bit.ly/3O2k11F>
- Mack, J. E. (1969). Dreams and psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 17(1), 206-221. doi : 10.1177/000306516901700110
- Schreber, D. P. (2003). *Memorias de un enfermo de nervios*. Ciudad de México, México: Sexto Piso. (Trabajo original publicado en 1903)
- Vetere, E. (2014). *La invención psicótica de la transferencia*. Buenos Aires, Argentina: Lazos.

Recibido: 11/10/2020

Revisado: 29/06/2022

Aprobado: 12/07/2022