

LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS HOY: BORDERLINE Y PSICÓTICOS (El sueño Blanco y Negro).



Dr. Elías Daniel Hamra y
Lic. Stella Maris Otazúa.

RESUMEN.

Exponemos, a partir de nuestra vasta experiencia con pacientes graves, borderline y psicóticos, tipificados psicoanalíticamente, algunos de sus sueños confirmando en el abordaje, la peculiaridad de no ser fácilmente discernibles de la realidad psicótica diurna. A pesar de ello, mostramos como el sueño puede funcionar como una rectificación del delirio diurno (siendo, normalmente, una psicosis nocturna).

Desde Melanie Klein destacamos la intrincación de la fantasía inconsciente con estos sueños; con Meltzer ratificamos a Klein. Con Bion vemos como juegan estos sueños en términos de elementos alfa, como el delirio y el pensamiento. Su acción es convocante al reverie del analista. Con Winnicott postulamos originalmente los sueños transcicionales a los que describimos, tipificamos y diferenciamos de los sueños contrafóbicos, proponiendo a la sesión o sesiones en que se relatan estos sueños, distintos de los traumáticos pese a lo repetitivo, como zonas de constitución de transcicionalidad. Con Garma, los sueños son asumidos como alucinaciones de situaciones traumáticas enmascaradas, siendo la realización de deseos freudiana la máscara encubridora.

Citamos ejemplos de Garma y nuestros, remarcando **“el sueño blanco y negro”** (no confundir con el sueño en blanco y negro) representativo de la escisión entre vacío (blanco) y no ternura o desapego materno (negro), patognomónicos de gravedad psíquica.

Palabras Claves: Sueños- psicóticos y borderline- Freud- ingleses- Garma- sueño blanco y negro.

I-INTRODUCCIÓN

La experiencia clínica de estos últimos años con pacientes Borderline y psicóticos en tratamiento analítico, junto a la lectura global de Andre Green, nos ha permitido observar una serie de fenómenos oníricos entre los cuales deseamos destacar uno: el sueño **blanco y negro**. No en blanco y negro (como opuesto al sueño en colores), sino blanco y negro, es decir, dicromático como una suerte de pantalla dividida en dos por una mediatriz, o por una diagonal, o en forma irregular, en donde una parte del sueño aparece en blanco y otra en negro. Green (1999) cita a Lewin quien describiera la pantalla blanca del sueño y el sueño blanco, donde la pantalla blanca representaría oníricamente al pecho tras el adormecimiento subsiguiente a una lactación satisfactoria. El sueño blanco en cambio sería sueño vacío sin representación pero con afecto. Dice Green que el blanco convoca a lo negro al revés de la dulce ternura de la leche humana. Nos recuerda que el negro según Freud, evoca violencia y sadismo. Pero deduce: el negro es el espacio despoblado, vacío, a lo que nosotros agregamos de afecto.

Esto, siguiendo el aserto de Bety Garma quien nos hizo retornar a las ideas básicas planteadas no solo por Freud sino por otros autores, al escucharnos en Mar del Plata (Congreso de A.P.S.A) en abril de 2002, esbozos de este trabajo que le presentamos, ya allí. El sueño es un acto psíquico perceptivo durante el dormir cuyas imágenes ante todo visuales, producto de la regresión de representaciones palabra, y caracterizados por el desplazamiento, la condensación, por la atemporalidad, la anespacialidad, la ausencia de contradicción (alogía formal) y que es creído (fracaso de la función omega), al saltarse el examen de

realidad (por la inmovilidad) y sobreinvertirse lo atento perceptual destinado a "...guardar del dormir..." (Freud, 1916:118), "...guardar de la pulsión de regreso a la vida intrauterina..." (Freud, 1940: 164) (cuya tendencia proponemos se exagera en las enfermedades psicosomáticas) y parafraseando a Rolla "...guardar del aniquilamiento y muerte por el dormir..." (Rolla, 1999:39). Dice Freud en el párrafo citado ut supra, sobre la pulsión intrauterina del dormir: "... uno puede decir, con derecho, que al nacer se ha engendrado una pulsión a regresar a la vida intrauterina abandonada, una pulsión de dormir. El dormir es un regreso tal al seno materno..." (Freud, 1940:164).

Diversos autores se han abocado al problema de relacionar el soñar y la enfermedad mental grave entendiendo por graves ante todo a los pacientes que se manejan con angustias psicóticas del orden de la separación y la intrusión y con defensas primadísimas independientes de la represión, ante todo la escisión (Green, 1993). En nuestra lectura de Freud es indudable que los psicóticos sueñan. La psicosis nocturna normal que el soñar expresa, en el psicótico funcionarían como un continuo de las formaciones psicóticas diurnas y en muchos casos hasta como rectificación de las mismas. En este sentido afirmamos que ciertos sueños en los borderline funcionan al modo de la confrontación (Etchegoyen, 1993). En el borderline psicotizado los sueños muchas veces ayudan a rectificar el delirio diurno y a recobrar en un transe mas corto que lo habitual la prueba de realidad y su conexión con la realidad. Hay en Freud las más variadas citas al respecto al referirse, obviamente a los pacientes psicóticos ya que Freud no hablaba de borderline. Se colige de la obra de Freud (pese a que no tenía experiencia clínica con psicóticos) que para él los mismo sueñan al igual que los neuróticos, salvo en el deterioro (defecto) terminal y a ellos adscribe, como en el delirio un intento de restitución. Podría afirmarse que para Freud cuanto más grave un paciente, más "de abajo" (del socio industrial) y menos "de arriba" (del socio capitalista) es su sueño, es decir menos impregnado por la vigilia y mas por el deseo. Hay posturas de Freud que son definitorias en cuanto al sueño del psicótico: "...un sueño puede corresponder sin más a una fantasía histérica a una representación obsesiva, a una idea delirante..." (Freud,1922:223), y la interpretabilidad del sueño y hasta su status **predictivo**:... "me viene a la memoria un caso de paranoia crónica en el que, tras cada ataque de celos, un sueño anticiaba al analista sobre su ocasión, figurándola de una manera directa y por entero exenta de delirio... Aquí, en el psicótico el delirio que lo gobernaba durante el día era rectificado mediante el sueño..." (Freud,1940:203).

Freud afirma que un sueño **subroga** un estado psicótico, lo **anuncia** o queda como **secuela** de él; en ocasiones el sueño se presenta como **un descanso para el delirio** y el paciente siente placer a diferencia del delirio en la vigilia. En síntesis para Freud no solo el psicótico sueña sino que establece una función del soñar para la psicosis y separa claramente la vida de vigilia y soñante del psicótico.

II.- SUEÑO Y ESCUELA INGLESA

La concepción de **M. Klein** es útil a la hora de dilucidar la fantasía inconsciente que es uno de nuestros pilares diagnósticos en pacientes graves. El concepto de fantasía inconsciente, roca kleiniana del psiquismo, varía la visión del sueño, así expresión directa de fantasía, de defensa, de relación objetal e impulsos (M. Klein, 1946).

Meltzer, instaló en igual estatuto sueño y fantasía inconsciente (Meltzer, 1973). Para **Bion** (1962-1963) el sueño es el primer producto mental derivado de la sensorialidad, que a veces como plantea Granel puede ser la simple irrupción de una representación producto de la transformación de un elemento beta en un elemento alfa. (Granel, comunicación personal). Dicha sensorialidad en bruto es procesada por la función alfa. Bion se apoya en una construcción imaginaria por la cual funciona el yo, pensamientos, síntomas, delirios y sueños, donde se cumplen las leyes del pensamiento lógico y es indispensable hasta para el proceso primario. Uno de los elementos de la construcción imaginaria es la función alfa. Para Bion entonces no habría una contradicción entre soñar y delirar. La ausencia de la función alfa supone un **NI** (ni soñar, ni pensar, ni delirar). Nótese la coincidencia entre la idea de Green (1994) y Bion en este punto, ya que apoyándose en La negación (Freud 1925), Green afirma que el pensamiento del borderline es una suerte de "**ni si ni no**". Dicha función alfa presupone unidades mínimas de pensamientos, protopensamientos que surgen de transformar lo más elemental de la experiencia. Función originaria, generadora de elementos alfa con los que se delira y se sueña salvo que la frustración sea extrema y la falla de la función alfa, así invalidada, deje la mente solo con elementos beta, inaptos para delirar, para soñar, para pensar, elementos

solo expulsables por identificación proyectiva. Por ende no solo no hay contradicción entre sueño y delirio sino que más bien lo habría entre soñar e identificación proyectiva masiva propia de una “gran gravedad” (ni delirante en el deterioro mental máximo o muerte psíquica). Sígase notando, la coincidencia con las ideas de Green (1994) que afirma la disyuntiva en el paciente grave fronterizo o psicótico entre delirar o morir (muerte psíquica, vacío). Así mismo el sueño y el relato del mismo permiten reeditar en la sesión el estado óptimo de arrobamiento o reverie materno, aquí del analista, donde este, como la madre que arroba en un estado de ensoñación puede ante todo mitigar el contenido tanático de las proyecciones del paciente. Entonces propongo que así como la concepción kleiniana favorece la decodificación de la fantasía inconsciente, la bioniana favorece la intervención técnica en reverie del analista con el psicótico soñante, lo cual, además sostiene y profundiza la capacidad de pensar, aún delirando. En nuestros paciente con sueños “**blanco y negro**” la concepción de fantasía inconsciente de Klein y la de actividad de pensamiento y transformación de Bion, nos sirvió justamente, para poder entender las diversas escenificaciones, representacionales, que tenían en la singularidad de cada sujeto, la problemática de la escisión y la desmentida. Coincidimos con las ideas que plantea Green y postulamos entendemos que la línea de la escisión es la línea que divide a la madre en términos de necesidad sin correlato afectivo (madre “blanca”) y la madre dadora de afectos negativos rechazantes, denegantes del hijo como tal (madre “negra”). Esto puede reeditarse con mucha habitualidad en la transferencia.

Hemos observado que este tipo de sueños suelen ser reiterativos y carentes del desarrollo de angustia acorde a la modalidad de los sueños traumáticos. No despiertan al paciente, lo cual nos hizo pensar en los sueños como instauradores de una transcionalidad en el sentido de Winnicot (1953), sueños que instalan una transcionalidad en sentido de un espacio transcional y mediadores de un vinculo transcional con el analista en varias sesiones habitualmente correlativas. El hecho de que estos sueños no varían en su contenido manifiesto y que convocan en su contenido latente un número y una calidad de asociaciones similares en los más diversos relatos del mismo nos han hecho justamente pensarlos como “**sueños transcionales**” y no contrafóbicos dado que el paciente puede prescindir del relato del mismo por un largo tiempo y este puede reaparecer en diversos momentos sin una clara relación con el material de la sesión o de las sesiones que se venía trabajando. Así, las sesiones se constituyen en una zona de transcionalidad en donde mucho más importante que revelar la participación del deseo inconsciente o del resto diurno en la constitución del sueño, es importante **no interpretar el sueño** dada su condición de transcional. En este sentido podríamos pensarlo en la línea de la ilusión desilusión con la madre suficiente mente buena que el analista representa en la transferencia, modo de constitución de un espacio potencial.

III- LA ESCUELA ARGENTINA DE LOS SUEÑOS: ÁNGEL GARMA

Postulamos que la teoría de Angel Garma sobre los sueños es la de máxima utilidad en la tipificación de los fenómenos psíquicos imperantes en la mente psicótica y expresables a través del sueño. Por ello si bien no abandonamos la idea freudiana del triunfo del ello instintual en la psicosis, nos apoyamos en la concepción garmiana del papel del superyo a la hora de pensar los sueños. Es que si el yo es cáscara del ello y el superyo deviene del yo, el superyo deviene del ello y apoyamos en el superyo, nuestro entendimiento de los sueños en pacientes psicóticos. Para Garma el alejamiento de la realidad es más resultado de un enorme sometimiento del yo a un superyo tanático, que alejamiento de la realidad misma. La regresión muy profunda que se produce, por ejemplo en el yo psicótico, sería la disparadora de defensas muy arcaicas (las mismas citadas por Green), junto a desmezcla puncional y a la pérdida de los límites entre el yo y el ello. Los sueños, al igual que otro tipo de manifestaciones en psicóticos o borderline como defensas ante la psicosis (delirio, alucinación, despersonalización) pueden entenderse claramente a partir de la teoría del superyo muy regresivo. Los sueños de desnudez propia son sueños típicos pero es típico de esta psicosis que aparezcan representados en sueños blanco y negro. La concepción garmiana de sueños especiales de tipo de los sueños en colores de brillantéz, etc., nos ha hecho pensar en que el psicótico más que la representación de la propia infancia y de la propia sexualidad infantil (sueño de desnudez) lo que aparece como equivalente a ese sueño de desnudez es este sueño de inermidad con la madre blanca y negra que es soñada por el “niño del adulto grave en análisis”. Por que para Garma los sueños mas que realización de deseo son alucinaciones de situaciones traumáticas enmascaradas en donde la realización de deseos es solo

una fachada con la cual la defensa intenta encubrir la situación traumática latente, la teoría de Garma sobre los sueños (Garma,1956-1976) es para nosotros la más importante, a nuestro entender, para el trabajo de los sueños en pacientes muy graves. Es que un yo debilitado psíquicamente plantea un juicio de realidad que falla y que favorece el desencadenamiento del fenómeno alucinatorio. Algo similar ocurre al dormir. El problema es que en el sueño, dice Garma en general (en todo sueño), los fenómenos internos son vividos como provenientes de afuera es decir del mundo externo incluidos los contenidos psíquicos traumáticos que se reactivan por vía de la regresión. Pensemos entonces que el fenómeno psicótico que aparece en el sueño no se plantea en términos de disyuntiva entre un soñar o un no soñar, sino de un deslinde entre el fenómeno alucinatorio diurno y el fenómeno alucinatorio nocturno (sueño) ya que el verdadero inconveniente de estos pacientes es no poder (en los casos mas graves) reconocer al sueño como proveniente del mundo interior al despertar. La aparición de sueños brillantes, como en el caso de nuestros pacientes con sueños **blanco y negro**, nos hace pensar no tan solo en la vivencia de deslumbramiento vinculada al nacer y al trauma de nacimiento sino en la profundidad del grado de regresión del paciente. Obviamente que la aparición de colores no divididos por una mediatriz o una diagonal o divididos en dos terrenos en términos generales sino **en** blanco y negro y mucho mas aún la aparición de colores (para Garma implicaba la aparición de contenidos excrementicios) nos hace pensar en una mejoría del paciente y en una regresión mas aceptable o tolerable por parte del yo. Insistimos la brillantez de los sueños ha sido muchas veces acompañada por actuaciones graves en el paciente borderline o psicótico (reactivación traumática).

IV- CONCLUSIONES

Hemos dirigido nuestras observaciones a un sueño típico y característico observado en pacientes graves. Además intentamos corroborar la interpretación que para ciertos sueños típicos da Garma a diferencia de la lectura que de ellos hace Freud (Freud,1900). Por ejemplo en los sueños de volar el contenido erótico “volar” sería superficial y en realidad este sueño sería mas típico de la pérdida de la fuerza de la pulsión. La pérdida del tren en otros sueños aparece asociada a la pérdida de realizaciones en la vida y nosotros agregamos también que la manifestación de este tipo de sueños en pacientes graves nos anticiparon un intento de suicidio en variadas ocasiones. El espacio nos impide extendernos pero mucho pacientes que han soñado con autos fragmentados divididos en blanco y en negro mostraban en el desarrollo de su análisis una franca tendencia a la accidentofilia. En varios sueños en los que aparece un ascensor dividido en blanco y en negro, el advenimiento de un insight en relación a situaciones psíquicas que veníamos trabajando fue la norma. Los sueños con zonas que se subdividen anatómicamente, como los genitales y la pierna, o la axila (también los cita Garma) representarían un retorno desde los fenómenos de escisión hacia una mejoría del estado psíquico global del paciente. El advenimiento de sueños de psicóticos y borderline en donde apareciera la escena primaria nos invitó a pensar en la exclusión camino que rápidamente dejamos por el trabajo de las ansiedades de la separación y abandono. Los sueños de caída y de descenso de estos pacientes nos ha hecho, en el contexto del material y de la situación analítica, pensar en el advenimiento de una Reacción Terapéutica Negativa.

Esta presentación, su extensión e intención, no nos permite proseguir en la observación y conclusiones a que hemos arribado a través de años de analizar pacientes graves y sus sueños. Dejamos una mayor extensión para otro momento pero queremos remarcar la fundamental importancia que sigue teniendo en el Psicoanálisis Contemporáneo, la interpretación de los sueños. Obviamente adecuada a la realidad de la psicopatología contemporánea, a sus métodos actuales y a nuestro actual medio sociocultural.

BIBLIOGRAFÍA

Bion, W.R. (1962): Aprendiendo de la experiencia. Paidós, Buenos Aires, 1966.

Bion, W.R. (1963): Elementos de psicoanálisis. Paidos, Buenos Aires,1966.

Etchegoyen, H.R. (1993): Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. A.E., Buenos Aires, 1996.

Freud, S. (1900): La interpretación de los sueños. A.E. Tomo IV y V, Buenos Aires, 1996.

Freud, S. (1916): Conferencias de introducción al psicoanálisis; 8º Conferencia: Sueños de niños. A.E.,Tomo XVI:118, Buenos Aires, 1996.

- Freud, S. (1920):** Mas allá del principio de placer. En A.E., Tomo XVIII ,Buenos Aires,1996.
- Freud, S. (1922):** Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. A.E. Tomo XVIII:223, Buenos Aires, 1996.
- Freud, S (1940):** Esquema del psicoanálisis. A.E. Tomo XXIII:164-203, Buenos Aires, 1996.
- Garma, A. (1956):** Psicoanálisis de los sueños. Nova, 3º edición, Buenos Aires, 1956.
- Garma, A. (1976):** Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- Granel, J.:** Comunicación personal.
- Green, A. (1993):** El trabajo de lo negativo. A. E., Buenos Aires 1993.
- Green, A. (1994):** De locuras privadas. A.E., Buenos Aires, 1994.
- Green, A. (1999):** Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. A.E., Buenos Aires,1999.
- Klein, M. (1946):** Notes on some schizoid mechanisms". International journal of psychoanalysis, vol.27, 1946. Meltzer, D. (1973): Sexual states of mind. Clunie Press, London, 1973.
- Rolla,E. (1999):** Organizaciones de personalidad. Lumen, Buenos Aires, 1999.
- Winnicott, D.W. (1953):** "Transitional objects and transitional phenomena". International journal of psychoanalysis, vol.34,1953.

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 6-ex-32