

LA FUNCIÓN TRAUMATOLÍTICA DE SUEÑOS CON USO DE DROGAS EN LA TOXICOMANIA.



Douglas Rodrigo Pereira (*)

RESUMEN

En este artículo, tengo el propósito de realizar unas reflexiones sobre la naturaleza del sueño, con el uso de drogas en la toxicomanía. Por medio de fragmentos de un caso clínico, se trata de articular los citados sueños con las postulaciones de Ferenczi sobre la experiencia onírica. En la función traumatolítica de los sueños que se analizará: ¿Estaríamos ante una repetición elaborativa del trauma? ¿Es posible entender la droga como un elemento externo, que es incorporado en esta serie de repeticiones en busca de elaboración? Recorreré sucintamente y de forma panorámica, los siguientes puntos: 1) las teorías del sueño en Freud; 2) el trauma en Ferenczi y 3) la función traumatolítica de los sueños.

Palabras clave: Toxicomanía. Trauma. Sueños. Función traumatolítica de los sueños. Ferenczi. Psicoanálisis

RESUMO

Neste artigo, tenho o objetivo de realizar reflexões sobre a natureza do sonho, com o uso de drogas na toxicomania. Por meio de fragmentos de um caso clínico, trata-se de articular os citados sonhos com as postulações de Ferenczi sobre a experiência onírica. É a função traumatolítica dos sonhos que será focada. Estaríamos diante de uma repetição elaborativa do trauma? A droga pode ser entendida como um elemento externo, que é incorporado nessa série de repetições em busca de elaboração? Percorro, sucintamente e de forma panorâmica, os seguintes pontos: 1) as teorias do sonho em Freud; 2) o trauma em Ferenczi e 3) a função traumatolítica dos sonhos.

Palavras-chave: Toxicomania. Trauma. Sonhos. Função traumatolítica dos sonhos. Ferenczi. Psicanálise.

ABSTRACT

In this article, my objective is to reflect on the nature of dreams by drug use in drug addiction. Through fragments of a clinical case, it is a matter of articulating those dreams with Ferenczi's postulates about the dream experience. The traumatolytic function of dreams will be focused here. Would we be facing an elaborative repetition of the trauma? Could the drug be understood as an external element, embedded in this series of replications seeking for elaboration? I examine, briefly and in a panoramic way, the following points: 1) Freud's dream theories; 2) the trauma in Ferenczi and 3) the traumatolytic function of dreams.

Keywords: Drug addiction. Trauma. Dreams. Traumatolytic function of dreams. Ferenczi. Psychoanalysis.

La toxicomanía es un problema clínico significativo. De hecho, es el caso que es un tema que ha merecido un estudio de analistas de diferentes generaciones¹ (Abraham, 1908/1980; Balint, 1968/2014; Bergeret, 1983; Chnaiderman; 2013; Conte, 2003; Cruz, 2012; Ferenczi, 1911/2011, 1911b/2011; Gurfinkel, 1996, 2006, 2011; Le Poulichet, 1996, 2012; Melmann, 2000; Nogueira Filho, 1999; Pereira; Migliavacca, 2014; Radó, 1933/1962; Rezende, 1994; Rosenfeld, 1968, 1968b; Santiago, 2001; Savietto, 2011, 2012; Savietto; Figueiredo, 2013; Torossian, 2003). Y si bien, la producción psicoanalítica sobre el tema es consistente², todavía comprender la toxicomanía, así como avanzar en su tratamiento, sigue siendo uno de los desafíos del psicoanálisis (Le Poulichet, 2012)

En la experiencia clínica con la toxicomanía, constatamos el surgimiento de un fenómeno recurrente: el soñar con el uso de drogas. Se trata de sueños, en los que el uso de drogas es el elemento central. En muchos casos, estos sueños se viven con una fuerte carga afectiva y sensorial. En mi trabajo, al constatar la repetición de este tipo de sueño, una cuestión empezó a constituirse: en la toxicomanía, ¿cuál es la naturaleza del soñar con el uso de drogas?

Gurfinkel (2006) tiene un importante trabajo sobre el tema de los sueños en la toxicomanía. Para el citado autor, en la adicción a la droga, los sueños pueden ser subvertidos, en el sentido de ser manipulados y usados como una forma de gozo omnipotente por el soñador: habría una instrumentalización del soñar, remitiéndola a su dimensión representacional y de elaboración. Así, se pervierte la naturaleza del soñar, y, en este sentido, la búsqueda del adicto "(...) se acerca a la del pseudo-soñador que ambiciona dirigir sus sueños. *Hay un gozo especial en dirigir, manipular y dominar*, habilidades en las que el adicto es maestro y busca cada vez más mejorarse" (p. 22, grifo del autor). En base a estas consideraciones, se nos presenta una cuestión importante: ¿en la toxicomanía, los sueños pueden ser pervertidos y ser utilizados y controlados de manera omnipotente por el soñador? El citado autor nos muestra cómo el campo de investigación sobre el soñar y el sueño puede ayudarnos en la comprensión y el trabajo clínico con la toxicomanía. De hecho, este tipo de fenómeno clínico puede llevarnos el mejor análisis sobre la relación patológica del humano con el objeto droga.

En este artículo, tengo el propósito de realizar algunas reflexiones sobre la naturaleza del sueño con el uso de drogas en la toxicomanía. Destaco la dimensión traumática de los sueños, con base en las postulaciones de Ferenczi sobre la función traumatológica de los sueños (1934/2011). Para ello, utilizo fragmentos de un caso clínico y recorro, sucintamente y de forma panorámica, los siguientes puntos: 1) las teorías del sueño en Freud; 2) el trauma en Ferenczi y 3) la función traumatológica de los sueños

Más allá del deseo de ingerir la droga, no estaríamos ante la posibilidad de verificar ¿cómo ese objeto es utilizado para atenuar los efectos de lo traumático? De esta forma, ¿la droga podría realizarse como un elemento externo que es incorporado en una serie de repeticiones en busca de elaboración? Las consideraciones aquí expuestas son tributarias del análisis de Gondar (2013), en su excelente artículo sobre *Ferenczi y el sueño*. En este texto, la citada autora indica claramente el impacto clínico de la traumatogénesis en la teoría de los sueños. En mis elaboraciones, utilizo sus consideraciones.

MATHEUS³ Y EL CRACK

Matheus, 34 años, es un hombre educado y serio, con acentuados rasgos obsesivos: ambivalencia, racionalizaciones excesivas, formación reactiva y dificultad para vivir sus elementos hostiles. Usuario de varios tipos de drogas, busca tratamiento en un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas (CAPS AD). Tiene el objetivo de '*quedar limpio*'⁴. Relata una voluntad de controlar todas las situaciones de su vida, sobre todo la relación con las personas. Para él, perder el control de las relaciones era extremadamente peligroso, pues imaginaba que el otro podría despertar algún tipo de afecto intenso e incontrolable. Controlaba para no descontrolarse; controlaba para que los demás no lo controlaran. Las mujeres le asustan mucho. Eran '*peligrosas y traicioneras*'. Matheus siempre decía que "*no era bueno para vivir esas cosas: ni la tristeza, ni la alegría*". Siempre que vivía sentimientos intensos, emergía el deseo de usar crack. Por esa razón, prefería aislarse de las personas. Repetía: "*Estoy tratando de no sentir nada. Así es mejor para mí.*" Su objetivo era quedarse limpio y no sentir nada que pudiera desestabilizar su economía psíquica. ¿Sería esto posible?

Desde el principio del trabajo, mantuvimos una contienda por no perder el control: si, por un lado, él intentaba controlarme con relación al tiempo de atención y la conducción del trabajo, yo, por otro, luchaba

para no ceder a mi tendencia de escucharlo por un tiempo mucho mayor de lo establecido. Su discurso era seductor y planificadamente construido para que, casi cerca del final de la sesión, me regalara algún material supuestamente importante. Inicialmente, fui seducido por ese modo de organizar el discurso, pero, con el tiempo, percibí que se trataba de una manera de controlarme. Matheus hablaba mucho, siempre contando su historia detalladamente. Mis intervenciones no surtían efecto alguno. Él las oía, parecía comprenderlas, pero luego volvía a su discurso organizado.

Cierto día, le pregunte si soñaba. Me respondió afirmativamente. A continuación, me contó un sueño ocurrido la noche anterior. ¿Se trataba de un sueño para un otro, dirigido al analista? *“Estoy arriba de la pelota, sabe, y voy para allá a fumar crack y marihuana. No es gran cosa, sólo me quedo ahí, solo, fumando y sintiendo el gusto del crack.”* El sueño se le presentó a Matheus como algo concreto: no había espacio para expresiones simbólicas. Era un sueño impregnado de una fuerte carga afectiva. Con la voz temblorosa, me dice: *“Estos sueños me asustan. Yo siempre despierto sudado, con miedo, y luego me dan quedan de salir a buscar y usar crack. Pero ya llevo 36 días sin fumar”*. Ese espanto se podía ver en su cuerpo: él se recogía y su cara adoptaba un aspecto muy pálido. Le dije que soñar que estaba usando crack no significaba que él estaba usando crack en su vida despierta. *“Estos sueños me asustan porque me demuestran que todavía tengo muchas ganas de fumar el maldito crack. Me siento culpable. No quiero eso para mí más. ¡Ya llega! No quiero tener ninguna recaída”*.

Durante nuestro trabajo, con una duración de apenas cuatro meses, Matheus me contó cuatro sueños. Eran sueños brutos. Si por un lado había, aparentemente, una pobreza de elementos simbólicos, por otro, en efecto, algún trabajo de elaboración estaba siendo realizado, pues, Matheus continuaba soñando. Había fuerza de vida para la producción de los sueños y para que el trabajo de figurabilidad pudiera constituirse. Sólo en el último sueño contado, fue posible identificar una ampliación y modificación en la calidad de los procesos oníricos.

Ando solo en una barriada cerca de casa. De repente, surge un hombre viejo; me pongo las manos en el bolsillo de los pantalones, y de la nada, aparecen pinos de cocaína con varias piedras de crack dentro de ellos. Me siento desesperado. Comienzo a correr. El hombre desaparece, y cuando voy a ver, la droga desaparece también. De la nada, estoy en el camino de la casa en que viví con mis padres. Estoy herido, como si hubiera usado mucha droga, con las ropas sucias y rasgadas. Sólo que, para mi sorpresa, yo no había usado ninguna droga. Cuando llego a casa, mi hermano, que era niño en el sueño, me mira y no me ve. Yo intento hablar con él, pero él no me oye y habla como si estuviera respondiendo a nuestro perro, que está cerca de mí. Mi madre está en la cocina, y mi padre, allá afuera, lava el coche. Nadie me ve. Intento hablar con mi madre, pero ella no me mira.

Cuando le pedí asociaciones sobre ese sueño, Matheus resaltó la intensa carga afectiva que le invadía: nuevamente despierta, extremadamente asustado. Con todo, a pesar de susto, él no estaba desesperado y con ganas de usar crack. *“Pero me sentí extraño con el hecho de que mi familia no me ve y ve que yo existo”*. Digo que, a diferencia de los otros sueños, en los que la droga parecía ser el centro, en este, al contrario, la relación con su familia estaba siendo enfocada.

Este sueño nos permitió una aproximación con aspectos importantes de su historia familiar. En su familia, él era visto como alguien sin grandes capacidades de autonomía en la vida cotidiana. Acusaba a sus padres de poner todas *“las fichas en sus hermanos”*. Se sentía como si tuviera *“un trauma”*. En ese momento, él empezaba a hablar con una voz más baja, como si quisiera hablarme algo al pie del oído, algún secreto. Me dice: *“Usted sabe cómo tengo dificultades con las mujeres. Sabe cómo son peligrosas para mí. No confío en ellas; son traicioneras. No quiero sentir nada por ellas. Ellas andan escondiendo lo que realmente quieren”*. Le pregunté qué mujeres le habían mentado a él. *“Mi madre fue la primera en mentir. Ella nunca fue confiable, nunca. Siempre ha sido muy disimulada. Creo que eso me hace mal, no sé ni lo que estoy hablando. Sólo sé que es así como me siento. Es difícil sentir cualquier cosa”*.

Después de una sesión en la que me relató su decepción con las mujeres y su voluntad de agredirlas, nunca más volvió a la institución. No atendió a mis llamadas. Semanas después, supe que Matheus estaba, nuevamente, usando crack.

El sueño en Freud: de la realización del deseo al trauma

El sueño es un objeto psicoanalítico por excelencia. En “*La interpretación de los sueños*” (1900/2013), Freud nos mostró cómo el sueño y los síntomas neuróticos se constituyen de manera similar: son realizaciones distorsionadas de deseos inconscientes. En esta obra, vemos como Freud, con base en su autoanálisis y en su trabajo clínico con la histeria, construyó su primer modelo de aparato psíquico. El foco de su análisis era la formación onírica: ¿cómo se producen los sueños y cuáles son sus sentidos? Se trataba de pensar en la articulación entre los diversos elementos que componen los sueños: deseos, censura, conflictos, sobredeterminación, restos diurnos, condensación, desplazamiento, figurabilidad, sexualidad infantil, alucinación e identidad perceptiva. Freud, con esa articulación, estaba construyendo lo inconsciente como una máquina de procesar y transformar esos elementos. Como bien afirma Menezes (2001), en ese modelo de inconsciente, lo que es central es la movilidad de investiduras de los rasgos mnémicos de la experiencia de satisfacción.

Si en *La interpretación de los sueños* (1900/2013) el deseo es el motor de la experiencia onírica, años después, en *Más allá del principio de placer* (1920/2010), vemos que Freud nos muestra la existencia de sueños que no son realizaciones de deseos reprimidos⁵. Los sueños traumáticos reposicionan la situación traumatizante en el centro de la vida psíquica. En sus vidas despiertas, sin embargo, ellos no están interesados en pensar y revivir el trauma. Por otra parte, es probable que, conscientemente, prefieran evitar cualquier aproximación subjetiva con la experiencia traumática. No obstante, en la vida onírica, se vuelve a las vivencias que nunca trajeron ningún tipo de placer. Freud nos lleva al campo mortífero de la enigmática pulsión de muerte, de las intensidades sin representaciones y de la compulsión a la repetición. Como bien nos muestra Ab’Saber (2005),

En este nivel, sobre la materia psíquica de los sueños, en tanto experiencia universal, las nociones asociadas a la pulsión de muerte pasan a tener inmenso impacto, porque cambian incluso la posición del analista ante su materia más cotidiana, la vía hacia el inconsciente. El sueño que no realiza deseo, sino repite experiencias desastrosas, en el intento de hacerlas ganar elaboración y articulación con la vida más amplia del psiquismo, es un sueño que, a diferencia de mantener el sueño, lo rompe, como muestran los sueños de las neurosis traumáticas (p. 287).

En efecto, la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte modifican sustancialmente el modo de analizar los sueños. Los sueños continúan sometidos al principio de placer, pero aparece una nueva dimensión fundamental: la repetición del trauma como la necesidad de efectuar enlaces de las experiencias que aún no están reguladas por el principio económico de displacer/placer. Con eso, el trabajo analítico se vuelve aún más complejo: ya no se trata solo de posibilitar el paso del inconsciente reprimido hacia lo preconscious, sino, también, de posibilitar que la conexión con lo traumático sea posible.

Sólo después de una ligadura (*Bindung*) exitosa, es que se podría establecer el dominio irrestricto del principio de placer (y de su modificación en principio de realidad). En cuanto a esto, la tarea del aparato psíquico de procesar (*bewältigen*) o enlazar (*binden*) la excitación tendría prioridad, no en oposición al principio de placer, sino independientemente de él y, en parte, sin tenerlo en consideración (Freud, 1920/2001, p. 159).

La introducción de la compulsión a la repetición en 1914, en *Recordar, repetir y elaborar* (Freud, 1914/2011), inició las modificaciones en la metapsicología y en la técnica analítica. Freud se ve obligado a desconfiar de su creencia en el recuerdo (Green, 2008). Sin embargo, fue sólo en 1920 que hubo una transformación sistemática en su pensamiento.

En la conferencia *Revisión de la teoría de los sueños* (1933/1996), Freud resalta que el trauma implica consecuencias para la teoría del sueño. La repetición del traumático se muestra sorprendente. “¿Qué impulso derivado de deseos podrían satisfacerse retornando, de esa manera, a esa experiencia traumática tan desagradable? Es difícil imaginar” (p. 36-67). A continuación, continua con su argumentación:

La fijación inconsciente a un trauma parece estar, por sobre yodo, entre esos obstáculos a la función de soñar. Mientras la persona que duerme está obligada a soñar, porque la relajación de la represión, por la noche, permite que se vuelva activa la presión ascendente de la fijación traumática, hay un fracaso en el funcionamiento de su elaboración onírica, que quisiera transformar los rasgos de memoria del evento traumático en realización de deseo. En esas circunstancias, sucederá que la persona no puede dormir, que ella desiste de dormir por miedo de que falle la función del soñar. Las neurosis traumáticas nos ofrecen aquí un caso extremo; pero debemos admitir que las experiencias de la infancia también son de naturaleza traumática, y no tendríamos porqué sorprendernos si las interferencias relativamente banales en la función de los sueños pueden surgir también bajo otras condiciones (p.38, grifo nuestro).

La fijación en el trauma es el elemento que impide la experiencia del sueño como realización de deseo. Además de toda la problemática que envuelve a la neurosis traumática, las experiencias de la infancia pueden ser, ellas mismas, traumáticas y colocarnos ante la necesidad urgente de la repetición del displacer.

Como vemos, en Freud, existen dos momentos centrales de la teoría del sueño: 1) el sueño como realización de deseo. En este modelo, los procesos de trabajo del sueño (condensación, desplazamiento y figurabilidad) son centrales para comprender el sentido de la formación onírica. La interpretación era la principal técnica que posibilitaba el paso entre representaciones inconscientes y representaciones preconscientes, en una articulación entre las representaciones de cosa y representaciones de palabras y 2) el sueño traumático como manifestación de la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte, principio de placer. En esta última concepción, los sueños se presentan como una forma de exigencia de ligadura psíquica de las experiencias traumáticas

La modificación de la concepción del sueño como realización de deseo, la teoría del narcisismo, la compulsión a la repetición, el trauma y la pulsión de muerte impulsieron la ampliación del conocimiento sobre el sueño y el soñar⁶.

El soñar como acontecimiento y experiencia

Les ha correspondido a otros analistas pensar en la experiencia del soñar en otras modalidades y registros del existir y sufrir humanos. Con el desarrollo de nuestra disciplina, los analistas han estudiado, además del sueño en su positividad, la imposibilidad de soñar y sus efectos para la vida psíquica. Se trata, así, de pensar en el campo de lo negativo, de la imposibilidad de soñar o del colapso del soñar, como bien nos apunta Gurfinkel (2006).

Ab'Saber (2005), por ejemplo, es un autor que trabaja y discute de cómo el psicoanálisis posibilita la construcción de un sueño que no podía ser soñado. Se trata de pensar y discutir la restauración o la inauguración de la experiencia del soñar. Ferraz (2012), a su vez, afirma que, en el campo del estudio de los sueños, tenemos que pensar en los elementos de la constitución del propio soñar. Khan (1962/1984, 1963/1984, 1972/1984), en sus clásicos estudios sobre el sueño, resalta la necesidad de comprender el soñar como experiencia, como vivencia, como acontecimiento. Para Pontalis (2005), la experiencia del soñar debe ser entendida antes de cualquier intento de interpretación del contenido del sueño.

El campo de estudio de los sueños es amplio y está en desarrollo. Contemporáneo de Freud, Ferenczi (1934/2011) contribuyó, consistentemente, al paso del foco del contenido de los sueños a la experiencia del soñar. Sus contribuciones son fundamentales en la historia del psicoanálisis y en el desarrollo del pensamiento clínico. Con él, como presentaré, el sueño traumático se transforma y pasa a tener un espacio fundamental en el psicoanálisis.

Ferenczi y el trauma

El trauma es el tema central en la obra de Ferenczi (1931/2011, 1932/1990, 1933/2011, 1934/2011). Para él, la articulación entre los factores exógenos y endógenos es primordial en la constitución del psiquismo. Ferenczi no retira el peso de la fantasía, sino, que, en base a sus experiencias con casos complejos, los que hoy tendríamos dificultades para ubicar dentro del rol de las neurosis, acentuó la centralidad de las

experiencias intersubjetivas en el psiquismo. Atendiendo a estos tipos de casos, los cuales no estaban insertos en un sufrimiento basado esencialmente en un conflicto psíquico, percibió la necesidad de postular nuevos conceptos y nociones, así como proponer modificaciones técnicas.⁷

En una nota de su *Diario Clínico* (1932/1990), Ferenczi explicita claramente su concepción del trauma.

La “Conmoción”, es una reacción a una excitación externa o interna en un modo más autoplástico (que modifica el yo) que aloplástico (que modifica la excitación). Esta neoformación del yo es imposible sin una previa destrucción parcial o total, o sin disolución del yo precedente. Un nuevo Ego no puede ser formado directamente a partir del Ego precedente, sino a partir de fragmentos, productos más o menos elementales de la descomposición de este último. (*Explosión, pulverización, atomización*). *La fuerza relativa de la excitación “insoportable” determina el grado y la profundidad de la descomposición del Ego* (p. 227, grifo nuestro).

La atomización ilustra bien el efecto del intento de supervivencia psíquica proveniente de un trauma (Uchitel, 2011). El trauma siempre tiene un carácter imprevisible e insoportable. Pinheiro (1995) establece que hay dos tipos de grupos Trauma: 1) aquellos que proporcionan una reestructuración psíquica, en la cual el Yo no afectado en su integridad. La castración es un ejemplo de un trauma estructurante y 2) experiencias que, a diferencia de lo que ocurre en el primer grupo, provocan una desestructuración del ego, pues ellos son vividos con intensa sorpresa e imposibilidad de elaboración. En este último modo de lo traumático, la propia existencia y la capacidad de vivir se ven afectadas. Mészáros (2011) distingue muy bien las características del trauma, en Ferenczi: 1) se trata de un evento real; 2) que tiene un valor a partir de la experiencia intersubjetiva; 3) que posee elementos intrapsíquicos e interpersonales; 4) que el factor patogénico más fuerte es la introyección por el niño de la culpa del adulto; 5) la identificación con el agresor; 6) la disociación, fragmentación, como resultado del trauma y 7) la condición postraumática: es decir, la existencia de algún adulto que pueda acoger y ayudar al niño, dándole un sentido a las vivencias traumáticas.

En *Confusión de lengua entre los adultos y el niño* (1933/2011), Ferenczi cita las siguientes formas de traumatizar a un niño: amor excesivo y forzado del adulto, castigos demasiado severos y el terrorismo del sufrimiento. Esto último ocurre cuando el niño es responsable de resolver conflictos familiares o problemas afectivos de los adultos, siendo colocada en una posición de padres de los padres. Como bien apunta Sanches (2005), el trauma ferencziano tiene tres tiempos: 1) el niño confía en un adulto; 2) ese adulto causa algún tipo de sufrimiento grave al niño, rompiendo toda la confianza en él depositada y, el verdadero elemento traumatizante, y 3) la desmentida de la vivencia del niño. Con esa imposibilidad de tener su vivencia reconocida por el otro, puede haber una escisión entre las partes del Yo: una parte sabe lo que ocurrió, pero no siente nada, a su vez, y otra parte que nada sabe de lo que efectivamente ocurrió, pero siente el impacto de esa vivencia. En *Análisis de niños con adultos* (1931/2011), Ferenczi afirma: “*Lo peor es realmente la negación*, la afirmación de que no sucedió nada, de que no hubo sufrimiento” (p 91, grifo nuestro). El acto de negar la experiencia de lo que ocurrió con el niño, en un sentido de supresión de la vivencia y percepción subjetiva, posee una fuerza traumática intensa: el trauma tiene un carácter insoportable e incomprensible. La importancia de la desmentida⁸ da a la concepción ferencziana una originalidad, pues acentúa la importancia de la relación intersubjetiva para el desenlace de una fragmentación traumática. La desmentida deja al niño a ciegas en su experiencia afectiva intensa, no dándole los contornos para confirmar el sufrimiento de lo que en ella vivió. De ahí, por ejemplo, se deriva la preocupación de Ferenczi sobre la insensibilidad del analista y su capacidad de retraumatizar al analizando. La posibilidad de que el psicoanálisis sea iatrogénico es uno de sus temas. Se puede afirmar que el principal objetivo de Ferenczi es dar un destino posible a lo traumático, posibilitando una construcción o reconstrucción psíquica. Se trata, en efecto, de un trabajo de concepción de la traumatogénesis del psiquismo. Cito: “Estaría satisfecho si hubiera logrado dejar en Uds., la impresión de que tomar en cuenta la traumatogénesis, por tanto, tiempo descuidada, podría mostrarse una decisión fecunda no sólo en el plano terapéutico y práctico, sino también en el teórico” (1930/2011, 29).

La función traumatológica de los sueños.

En la concepción de una traumatogénesis, el trauma es elevado a uno de los elementos constituyentes de la subjetividad. En la estera de sus estudios sobre el trauma, Ferenczi (1934/2011) amplía la formulación del sueño como realización de deseo y del sueño traumático como la imposibilidad de vivenciar el soñar⁹. El sueño traumático, el sueño de la repetición del *displacer*, tendría la función de repetir el trauma para que, de alguna forma, fuese posible alguna especie de elaboración. Sin duda, en Freud, uno de los aspectos de la compulsión a la repetición es el de buscar alguna elaboración para la experiencia traumática. Ferenczi, sin embargo, acentúa aún más la importancia de esa función de repetición del *displacer* en el sueño. Por regla general, la función fundamental del sueño es realizar “un intento de llevar el acontecimientos traumáticos a una resolución y a un dominio psíquico mejor” (p. 128, grifo nuestro).

Él continúa:

No desearía, por tanto, que el retorno de los restos del día y de la vida en el sueño fuese considerado el producto mecánico de la pulsión de repetición, pero sospechoso de que, allá bien atrás, tenemos la acción de una tendencia, la que debe ser igualmente calificada de psicológica, para una nueva y mejor resolución, en la que la realización de deseo es el medio por el cual el sueño conseguirá llegar a ella, más o menos bien (página 128).

Incluso el sueño de realización de deseo tiene como función posibilitar que el psiquismo encuentre una mejor elaboración para la dimensión traumática de la vida humana. Gondar (2013)¹⁰ afirma que, para Ferenczi, el sueño siempre tiene un propósito curativo, pues busca, por medio de la compulsión a la repetición, promover la transformación y elaboración de los elementos traumáticos. Por medio de la repetición compulsiva, los traumas pueden ser elaborados. Se trata de la función traumatológica de los sueños (Ferenczi, 1934/2011). En este contexto, la compulsión a la repetición es esencial porque, con ella, la situación traumática va perdiendo su fuerza de choque; y, además, la repetición hace que el trauma sea vivido activamente por el sujeto, efectuando el paso de una posición pasiva a una activa. Como bien afirma Gondar: “con el paso de la pasividad hacia la actividad, el sujeto busca protegerse del susto causado por el entorno” (p. 31). Estas son concepciones de la compulsión a la repetición que, en cierta medida, están presentes en *Más allá del principio de placer* (1920/2011). Freud, con la introducción de la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición, también afirma que el trauma tiene un papel central en los sueños, siendo la tendencia al placer una de las dimensiones de los sueños, pero no la única. Sin embargo, vemos a Ferenczi ampliar y trabajar, clínicamente, con las postulaciones freudianas: la función fundamental de los sueños es la traumatológica y el sueño de realización de deseo es sólo una modalidad de expresión de esta función.

Gondar (2013) señala cómo, para Ferenczi, el sueño tiene dos modalidades: 1) el sueño primario, que consiste en una repetición de las impresiones sensibles, de la experiencia en sí. Como bien señala la autora, son sueños con muchas vivencias de sensaciones corporales y 2) la segunda forma del sueño, llamada de sueño secundario, consiste en una experiencia en la cual la repetición del trauma comienza a ganar fuerza de imágenes y ya representa un cierto dominio de lo traumático. En este punto, el proceso de figurabilidad tiene un papel esencial, pues, antes de pensar en desplazamientos o condensaciones, tenemos que pensar en la propia posibilidad de transformar las experiencias psíquicas en imágenes.

En otras palabras: *la tendencia a la repetición del trauma es mayor durante el sueño que en el estado de vigilia; en el transcurso del sueño profundo, la perspectiva de un retorno de las impresiones sensibles no resueltas, profundamente enterradas, muy vehementes y, por tanto, acompañadas antaño de una profunda inconsciencia, es mucho más probable. Si se logra establecer el vínculo entre esa pasividad total y el sentimiento de ser capaz de vivir el trauma hasta el final (es decir, alentar al paciente a repetir y a vivir el evento hasta el final, lo que a menudo sólo se produce después de innumerables fracasos y, al principio, de un modo sólo parcial), entonces una nueva especie de resolución del trauma, más ventajosa, y hasta más duradera también puede producirse (Ferenczi, 1934/2011, p. 130, grifo nuestro).*

Ferenczi, en su ejercicio clínico, no retrocede ante la pulsión de muerte y de sus desdoblamientos; no retrocede ante la necesidad de escuchar al niño presente en el adulto, tampoco huye de las regresiones de sus pacientes. En este sentido, podemos pensar que las concepciones de Ferenczi sobre el sueño nos indican un camino para pensar en la experiencia del soñar y la repetitiva necesidad de transformar el trauma, colocando a quien lo sufrió en una posición activa frente al externo abusivo o abandonante. Como Gondar (2013, p. 33, grifo nuestro) claramente señala: “No podemos decir que, en Ferenczi, los sueños sean la vía regia para el deseo inconsciente; ellos son, *de hecho, una vía regia y directa hacia algo más primario, que forma la propia materia prima de la subjetividad: las impresiones sensibles*”.

Kupermann (2008b, p 83-84) acentúa muy bien el estilo del pensamiento y de la clínica de Ferenczi. Las dimensiones de lo sensible y del juego son esenciales.

En el estilo clínico que así se constituía, las señales pasaban a ser ya no más asociación libre, principio de abstinencia e interpretación, sino asociación libre, regresión y juego (o jugar- *Spielen* en alemán; *to play*, en el inglés de Winnicott), indicando que la apuesta principal del trabajo analítico recaía ahora en la calidad del encuentro afectivo que se establecía en la transferencia. El problema es que, al definirse el *modus operandi* de la clínica a través del encuentro sensible entre analista y analizando, se pasaba a exigir una enorme disponibilidad afectiva del psicoanalista, así como una ampliación de los límites establecidos para el campo transferencial.

Vemos como, con las proposiciones de Ferenczi, el carácter sensible de los sueños es central, tanto en términos teóricos como en relación con la técnica analítica.

Matheus regresa

En los sueños de Matheus, podemos circunscribir algunos elementos importantes. ¿Cuál es la necesidad de él, desde sus 12 años, de utilizar drogas para poder “*vivir mejor*”? En base a las proposiciones de Ferenczi (1931/2011, 1934/2011), el sueño de usar drogas no podría ser pensado en otra clave: ¿la droga no podría ser consumida como una forma de atenuar elementos traumáticos? ¿Su regreso en los sueños no podría ser ese intento de algún tipo de elaboración posible? ¿Elaboración onírica que se iniciaría con los elementos brutos y sensibles de las experiencias corporales hasta una posible producción onírica, basada en la condensación y el desplazamiento? Dicho de otra forma: ¿la droga sería una especie de veneno/remedio (Le Poulichet, 2012) capaz de producir algún tipo de elaboración o alivio para las vivencias insoportables? De cierta manera, ¿puede uno arriesgarse a decir que la utilización de la droga configuraría una especie de intento -claramente destinado al fracaso- de realizar el trabajo de conexión de los elementos psíquicos brutos y sin contornos? Así, la droga podría manifestarse como un elemento externo que es incorporado en una serie de repeticiones en busca de elaboración. Conforme a la citada autora, podríamos pensar en un intento de curación paradójico: ¿se intoxica para librarse de una intoxicación primera -la intoxicación por un objeto insoportable? ¿En el soñar y los sueños, el uso de la droga podría ser, justamente, un intento de curación? ¿Trabajo de la función traumatológica de los sueños?

En el segundo sueño aquí presentado, vemos el desplazamiento de la problemática de la droga hacia la vivencia de una no existencia en el seno familiar. ¿Matheus podría estarme comunicando que las drogas funcionaban como remedio, frente a la imposibilidad de sustentación de su propia existencia? Falta de sustentación de los objetos; falta de sustentación del cuerpo/psiquismo. Es interesante cómo la calidad de los sueños de Matheus se fue transformando. Pasamos de un mundo poblado de figuras y sensaciones brutas, relacionado con el crack, hacia un mundo de un contacto crudo con un objeto primario no confiable. La brutalidad y concrectitud estaban presentes, independientemente de las formas de producción onírica. Al final de nuestros encuentros, en efecto, la brutalidad también fue sentida por mí: el abrupto término de un trabajo que me parecía fecundo. Matheus volvió al crack; y yo me encontré con los límites y las frustraciones derivadas del trabajo analítico.

Matheus siempre usaba crack solo: él se quedaba “*rayado*”, encerrado en su cuarto y en su mundo. Contaba que le gustaba quedarse todo el día fumando crack, con la grata sensación de estar consiguiendo vivir mejor.

Al término de “*brisa*”, él se sentía extremadamente fragilizado e impotente. Por ello, para conseguir soportar ese sufrimiento, fumaba más de una piedra de crack. ¿Habría una especie de desmentida de la vivencia del pequeño Matheus? ¿Cómo él podía vivir sus afectos, ya que ellos no eran recibidos por el ambiente como una experiencia en sí, sino como una mentira y vivencia falsa? Matheus hablaba sobre su dificultad para confiar en sí mismo y en los demás. No confiaba en lo que sentía y vivía. No confiaba en sus afectos. ¿Eran verdaderos o falsos? En esta anulación desconfiaba de las experiencias, Pinheiro (2016) hace una hermosa consideración:

El trauma, sin embargo, hace una apelación momentánea al cuerpo. Su único objetivo es apagar para siempre el acontecimiento, cavando un agujero en la propia historia, alejando de los intercambios psíquicos una parte de su propio yo. El sujeto que sufre un trauma mata una parte de sí mismo. El trauma practica en el sujeto un asesinato, en el cual él es, al mismo tiempo, asesino y víctima (p. 148).

En este contexto, cabría al analista escuchar el sueño por la vía sensible, de las experiencias corporales y de los afectos. La posibilidad de soñar debe ser reconstruida o construida. Autores como Ab’Saber (2005) y Gurfinkel (2006) trabajan y apuntan hacia esa construcción del soñar. Aquí, cabe pensar que, posiblemente, interpretaciones excesivas, o demasiados silencios, podrían imposibilitar la construcción y sustentación del soñar. ¿Será que un exceso de sentido del analista podría tener un efecto iatrogénico? No cuesta recordar una preocupación esencial de Ferenczi: no transformar el análisis en una máquina traumatizante...

Consideraciones finales

Hemos visto cómo, a partir de las preguntas iniciales presentadas, surgieron otras, en una especie de desdoblamiento continuo. ¿Estos sueños pueden constituirse como sueños típicos en la toxicomanía? ¿Cuál es su carácter comunicativo? ¿Cómo escuchar y trabajar con estos sueños? ¿Con este tipo de sueño, es posible ampliar nuestra concepción sobre el soñar como experiencia de elaboración de elementos traumáticos, como vimos en Ferenczi (1934/2011)? Además, considerando las proposiciones de Gurfinkel (2006), la posibilidad de experiencias pseudo-oníricas necesita ser considerada como forma de un no soñar en la toxicomanía. Tenemos, así, un campo de estudio fecundo para el psicoanálisis.

Muchas preguntas; pocas respuestas. Muchos caminos; muchos sueños - así se desea.

(*) Psicólogo, psicoanalista, maestro en Psicología Clínica / Instituto de Psicología de la Universidad de São Paulo (IPUSP). Universidade de São Paulo, São Paulo. SP: Brasil

E-mail: pereira.dougrodrigo@gmail.com

REFERENCIAS

- AB’SÁBER, Tales Afonso Muxfeldt. O sonhar restaurado: formas do sonhar em Bion, Winnicott e Freud. São Paulo: Editora 34, 2005.
- ABRAHAM, Karl (1908). Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. In: _____. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Horme, 1980. p. 60-67.
- BALINT, Michael (1968). A falha básica: aspectos terapêuticos da regressão. 2. ed. São Paulo: Zagodoni, 2014.
- BERGERET, Jean. Toxicomania e personalidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.
- CESARROTO, Oscar. Affair freudiano: os escritos de Freud sobre a cocaína. São Paulo: Iluminuras, 1989.
- CHNAIDERMAN, Miriam. Ruas/corredores em labirínticos encontros desencantados. In: FIGUEIREDO, Luis Claudio; SAVIETTO, Bianca Bergamo; SOUZA, Octávio. Elasticidade e limite na clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2013, p. 305-324.
- CONTE, Marta. Necessidade-demanda-desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, n. 24, p. 41-59, 2003.
- CRUZ, Marcelo Soares. Reflexões sobre a relação entre a personalidade bordeline e as adições. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

- FERRAZ, Flavio Carvalho. Por uma metapsicologia dos restos diurnos. In: _____ . FERRAZ, F.C; FUKS, L.B; ALONSO, S.L. *Psicanálise em trabalho*. São Paulo: Escuta, 2012, p. 27-40.
- FERENCZI, Sandor (1911). O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 179-197. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).
- _____. (1911b). O álcool e as neuroses. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 199-204. (Obras completas Sándor Ferenczi, 1).
- _____. (1930). Princípio de relaxamento e neocatarse. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 61-78. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1931). Análises de crianças com adultos. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 79-96. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1932). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1900.
- _____. (1933). Confusão de língua entre adultos e a criança. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 111-135. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- _____. (1934). Reflexões sobre o trauma. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 126-135. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- FREUD, Sigmund (1894). Sobre la cocaína. In: _____ . *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p. 91-122.
- _____. (1896). La cocaína como medio para obtener un fin. In: _____ . *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Anagrama, 1999. p. 205-212.
- _____. (1900). *A interpretação dos sonhos*. v. 1. Porto Alegre: L&PM, 2013.
- _____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 193-209. (Obras completas, 10).
- _____. (1920). Além do princípio de prazer. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 162-239. (Obras completas, 14).
- _____. (1930). Mal estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-122. (Obras completas, 18).
- _____. (1933). Revisão da teoria dos sonhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 17-38. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 22).
- GRENN, Andre. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP, 2008.
- GONDAR, Jô. Ferenczi e o sonho. *Cadernos de Psicanálise-CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 27-39, 2013.
- GURFINKEL, Décio. *A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- _____. *Sonhar, dormir e psicanalisar: viagens ao informe*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006.
- _____. *Adições: paixão e vício*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.
- KHAN, Masud (1962). *Psicologia do sonho e a evolução da situação psicanalítica*. In: _____ . *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 39-56.
- _____. (1963). O conceito de trauma cumulativo. In: _____ . *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 57-74.
- _____. (1972). Uso e abuso do sonho na experiência psíquica. In: _____ . *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984, p. 369-379.
- KUPERMANN, Daniel. *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- _____. *Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott*. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(75): 75-96, dez. 2008b.
- _____. *A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social*. In: _____ . *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 47-54.
- LE POULICHET, Sylvie. *Toxicomania: a invenção de uma autocronia*. In: _____ . *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p. 105-120.
- _____. *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

- MELMANN, Charles. Alcoolismo, delinquência, toxicomania: outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000.
- MENEZES, Luis Carlos. A estrutura psíquica à luz da metapsicologia freudiana. In: _____ . Fundamentos de uma clínica freudiana. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. MÉSZAROS, Judith. Elementos para a teoria contemporânea do trauma. Percurso: revista de psicanálise, São Paulo, Ano XXIII, n. 46, p. 9-20, 2011.
- NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. Toxicomania. São Paulo: Escuta, 1999. PEREIRA, Douglas Rodrigo; MIGLIAVACCA, Eva Maria. Aspectos da compulsão à repetição na toxicomania. Cadernos de Psicanálise-CPRJ, Rio de Janeiro, v. 36, n. 30, p. 71-87, 2014.
- PINHEIRO, Teresa. Ferenczi: do grito à palavra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. _____ . Ferenczi. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.
- PONTALIS, Jean-Bertrand. Entre o sonho-objeto e o texto-sonho. In: _____ . Entre o sonho e a dor. Aparecida: Idéias e Letras, 2005, p. 33-73.
- RADÓ, Sandor (1933). El psicoanálisis de la farmacotimia (afición a las drogas). In: _____ . Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires: Horme, 1962, p. 73-88.
- REZENDE, Manuel Morgado. Curto-circuito familiar e drogas: análise das relações familiares e suas implicações na farmacodependência. Taubaté: Cabral, 1994.
- ROSENFELD, Herbert. Da toxicomania. In: _____ . Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968, p. 148-165. _____ . Psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo: revisão crítica da literatura psicanalítica. In: _____ . Os estados psicóticos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968b, p. 245-273.
- SANCHES, Gisela Paraná. A psicanálise pode ser diferente. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- SANTIAGO, Jesus. A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- SAVIETTO, Bianca Bergamo. Este (meu) corpo, a quem pertence? Considerações metapsicológicas e clínicas sobre a drogadição. Revista Brasileira de Psicanálise, v. 45, n. 4, p. 57-68, 2011. _____ . Transferência, transparência e transformação na clínica da drogadição. Percurso: revista de psicanálise, São Paulo, Ano XXIV, n.48, p. 49-60, 2012.
- SAVIETTO, Bianca Bergamo; Figueiredo, Luis Claudio. Elasticidade e limite na clínica da drogadição: por um pensamento clínico. In: _____ . FIGUEIREDO, Luís Claudio; SAVIETTO, Bianca Bergamo; SOUZA, Octavio (orgs). Elasticidade e limite na clínica contemporânea. São Paulo: Escuta, 2013, p. 37-61.
- TOROSSIAN, Sandra Djambolakdjian. Contribuições para a clínica psicanalítica com adolescentes usuários de drogas e toxicômanos. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre, n. 24, p. 61-74, 2003.
- UCHITEL, Myriam. Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Publicado em: Cad. Psicanál., CPRJ, Rio de Janeiro, Vol. 39 N° 37, PP. 115-134, 2017.

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 11-ex-65

NOTAS:

- 1.- Vale la pena recordar que Freud enfrentó este problema por cuatro vías: 1) su interés y estudios sobre la cocaína (1884/1999, 1896/1999); 2) sus consideraciones psicoanalíticas sobre la función de la droga en el psiquismo (1930/1996); 3) su relación pasional con el tabaquismo; y 4) su vicio y la muerte de su amigo Ernst von Fleischl-Marxow, a quien había indicado el consumo de cocaína. Por otra parte, el amigo muerto y la citada droga desempeñan un papel importante en el fundamental sueño de la Inyección de Irma. Para saber más sobre la relación de Freud con la cocaína, remito a los lectores al texto de Cesarotto (1989). A los interesados en las consideraciones de Freud sobre las drogas, indico Gurfinkel (2011)
- 2.- A los interesados en una comprensión de las diferentes maneras de abordar el tema por el psicoanálisis, sugiero los textos de Gurfinkel (1996, 2001, 2011).
- 3.- Se trata de un nombre ficticio. La información personal que podría facilitar la identificación de los datos han sido omitidos.
- 4.- Todas las expresiones de Matheus se presentarán en cursiva.
- 5.- En su libro sobre los sueños, Ab'Saber (2005) indica cómo el desarrollo del concepto de pulsión de muerte tuvo relación directa con el soñar de Freud y su autoanálisis tardío. Así, también como en *La interpretación de los sueños* (1900/2013), con su postulación del sueño como la realización de deseo, y en *Mas allá del principio de placer* (1920/2010), con la hipótesis freudiana de los sueños traumáticos y de la pulsión de muerte, también vemos el papel desempeñado por los sueños en la constitución de la metapsicología y de la clínica de Freud.
- 6.- A los interesados en el tema de la relación entre el soñar y los sueños, los remito al libro de Gurfinkel (2006).
- 7.- Considerando el presente objetivo, no trabajaré las importantes contribuciones clínicas de Ferenczi para la práctica analítica. Indico, panorámicamente, algunos elementos fundamentales de su teoría: la importancia del trauma en la constitución psíquica y en la psicopatología, el papel de las defensas de atomización y clivaje del Yo, la identificación con el agresor y la progresión traumática (1931/2011, 1932/1990, 1933/2011, 1934/2011). A los interesados en lecturas atentas de la obra de Ferenczi, sugiero los trabajos de Kupermann (2008) y Pinheiro (2016).
- 8.- Para una discusión sobre los efectos de la desmentida en el psiquismo y sus desarrollos para el campo social, refiero al texto de Kuperman (2017).
- 9.- En razón de mi propósito, no me será posible detallar las diferencias entre Freud y Ferenczi en relación al trauma. Los interesados en el tema, puede remitirse al libro de Uchitel (2011). Para una lectura psicoanalítica basada en las proposiciones de Ferenczi sugiero Kuperman (2008).
- 10.- Para un análisis detallado del sueño en Ferenczi, sugiero la lectura de Gondar (2013).