

SOCIEDAD DE PSICOTERAPIA Y PSICOANÁLISIS DEL CENTRO A.C.

SOPAC

Homenaje al Dr. Antonio Santamaría Fernández
SEMBRADOR DE SUEÑOS: EL SUEÑO Y SUS SIGNIFICADOS

16 y 17 de Marzo 2012.

**“LA PESADILLA: INICIO Y TERMINACIÓN DE TRATAMIENTO. UN
CASO CLÍNICO”**

Por

Lic. Erick Gómez Cobos

LA PESADILLA: INICIO Y TERMINACIÓN DE TRATAMIENTO. UN CASO CLÍNICO

Gómez Cobos Erick.¹

Los sueños en psicoanálisis fueron considerados desde un inicio el camino más directo al inconsciente. Con los cambios y avances en la teoría y la técnica se ha descubierto que estos sueños pueden ser un impedimento para el trabajo analítico. Cuando se habla de pesadillas se consideraba como una oposición del sueño y representación de la pulsión de muerte, como búsqueda de volver a lo inorgánico. Las pesadillas pueden entonces manifestarse como resistencia al trabajo analítico en pacientes con una poca capacidad de mentalización principalmente pacientes de personalidad fronteriza. En el presente trabajo se muestra un caso clínico en el que las pesadillas toman un papel como resistencia al interior del proceso terapéutico, se hace un recorrido teórico que va de la fisiología del sueño, el trabajo de Freud sobre los mismos y las aportaciones de autores posteriores así como de las pesadillas, se aborda la comprensión de la personalidad fronteriza desde diversos autores y se retoman algunos elementos clave de la teoría clásica para contrastar variaciones a la técnica con pacientes fronterizos.

Palabra clave: Sueños, Pesadillas, mentalización, personalidad fronteriza, resistencia, reacción terapéutica negativa, *acting-out*.

From the beginning dreams in psychoanalysis were considered the most direct path to the unconscious. With the changes and advances in theory and technique has been found that these dreams can be an impediment to the analytic work. When speaking of nightmares was seen as an opposition of dreaming and representation of the death instinct, as a quest to return to the inorganic. Nightmares may then manifest as resistance to the analytic work in patients with a low capacity for mentalization mainly borderline personality patients. This paper shows a case in which the nightmares take a role as resistance within the therapeutic process, it is a theoretical tour that runs from the physiology of sleep, Freud's work on them and the contributions of authors later and the nightmares, addresses the understanding of borderline personality from various authors and takes up some key elements of the classical theory to contrast variations of the technique withborderlinepatients.

Keyword: Dreams, Nightmares, awareness, borderline personality, resistance, negative therapeutic reaction, acting out.

¹ Universidad Intercontinental.

El sueño fue el mecanismo mental a través del cual Freud (1900) descubrió el funcionamiento del aparato psíquico, estableciendo con él la primera tópica del mismo. Los sueños contienen la información inconsciente del sujeto sintetizando todas las representaciones psíquicas por lo cual la importancia de ellos es dual pues brindó los conceptos iniciales del psicoanálisis y en el trabajo con los pacientes posibilita una mejor comprensión de la vida psíquica.

Hablar de una técnica en la interpretación es difícil por la subjetividad que se desata en el trabajo psicoanalítico por lo que la transmisión que se tiene acerca del trabajo con pacientes es a partir de la exposición de casos y puntualización de algunos conceptos que debieran estar siempre presentes pero que a final de cuentas llegan a variar según el analista y el paciente mismo así como la perspectiva teórica (Méndez, de Iceta, 2002). En el caso de interpretar los sueños en consulta, se tiene entendido que debe ser el paciente quien brinde los elementos para la misma y sea él quien guíe en la comprensión del significado del sueño.

Al presentarse sueños que provocan angustia, desagrado o temor se entiende que hay un deseo prohibido que se está realizando, y por ende existe una censura o prohibición persecutoria por parte del superyó que amenaza con castrar o quitarle el amor al yo, causando la angustia que implicaría despertar súbitamente o con un malestar al día siguiente (Freud, 1925) . Siendo así, la actividad onírica de las personalidades fronterizas carecería del *folklore* o la riqueza interpretativa de los sueños que fundaron los cimientos de la teoría psicoanalítica. Sería imprudente abordarlos de la misma manera pues el sueño, angustia a los pacientes pues viene a ser una pulsión sin significado, a falta de simbolización la expresión pulsional termina por ser desbordante, confrontando al sujeto con los carentes límites de sí mismo amenazando su integridad (Marty, 1984).

El primer sueño que trae un paciente a consulta llega a generar una fantasía en el terapeuta ya sea que piense que se están alcanzando los objetivos o el paciente se está comprometiendo con el proceso, en el caso de pacientes neuróticos es más probable que así sea, en pacientes fronterizos como ya se mencionó tienden

a ser más amenazantes que un avance, por lo que se usarían más como una resistencia al distraer la atención del terapeuta del conflicto principal o como una amenaza de abandono prematuro del tratamiento.

En el caso de que este primer sueño llegue en la primera sesión, se tendría una vaguedad en el motivo de consulta, misma que se encontraría en las vivencias del paciente. Sería un indicador de que no sabe porque llegó a consulta, que posiblemente esté por muy poco tiempo y para que el terapeuta cargue con esas pulsiones indefinidas que para el paciente implican una amenaza de abandono, pues romperían con las demandas del objeto anaclítico y del ideal del yo. Por otra parte está surgiendo la necesidad propia del paciente que no es reconocida por los demás convirtiendo este motivo de consulta en un arma de dos filos, por un lado sería un saboteador del proceso pero por el otro es la razón que le lleva a consulta y el deseo de encontrar sus propias necesidades.

Es claro que la situación presentada no es la primera, ni la última y mucho menos la única; ya se ha hablado de los sueños como resistencia ya sea su ausencia o su abundancia, pero cuando hablamos de pesadilla hasta ahora se tomaba como una alarma a la desorganización del sujeto y como un sueño que no implicaba un cumplimiento de deseo pues fracasaba en su función de guardián del dormir y los contenido tanto latentes como manifiestos eran los mismos. El considerarlos como una fuente de resistencia viene a ser una aportación al trabajo con pacientes fronterizos, como un elemento más a tomar en cuenta para evitar lo que sucedió en el caso de D.

El 25 de agosto del 2009, D llega a consulta unos 25 minutos antes de su cita por lo que la hice esperar hasta que diera la hora para comenzar la primera sesión, un par de minutos después comenzó a llover, cuando salgo a buscarla la encuentro de pie en una esquina intentando guarecerse de la lluvia con poco éxito. Al invitarla a pasar al consultorio ya se encontraba muy enojada por haberla hecho esperar bajo la lluvia, esto dificultó que D hablara con soltura durante la sesión por lo que tuve que manejarla como una entrevista directiva. Al preguntarle la razón

por la que había llegado a consulta me dice que es por tres sueños que la atormentan recurrentemente desde hace tres meses:

1.-*“Sueño que llego tarde a un evento del trabajo que se haría en pareja y me quedo sola.”*

2.- *“Sueño un rostro horrible que me persigue a mi y a mi hermano por la calle.”*

3.- *“Sueño que huyo y siento mucha ansiedad.”*

Las tres se caracterizan por tener contenidos de abandono y persecución. Descartaríamos la posibilidad de que esos sueños representaran un cumplimiento de deseo y su censura, pues el contenido latente y manifiesto es el mismo, en ellos se destaca la herida narcisista de D por el abuso y abandono tempranos de parte de sus primeros objetos así como el abuso sexual por parte de su prima. Por lo mismo si bien la pesadilla quizá no sería la amenaza de un desequilibrio psíquico en D sí representaba una alarma que indicaba el peligro de una regresión psíquica que podía presentar regresiones psicósomáticas graves, no sería descabellado pensar que los problemas en el sistema endocrino en D fueran consecuencia de eventos similares en su pasado, pero eso sería tema de otro trabajo.

El origen de las pesadillas en D se dio por un evento tan intenso que la regresionaron al trauma originario, el abandono, el abuso y la escisión de objetos por el fracaso en el manejo de la envidia. Estos fueron el fin de su amistad con su mejor amiga y el grupo con el que organizaba eventos, terminar el bachillerato, no ingresar a la universidad por reprobado dos materias y verse dejar atrás una vida mas dependiente para ir asumiéndose como adulto. Estos eventos, de la misma manera que la menarca le traen una sensación familiar, un hueco u vacío cerca del corazón.

Esta sensación es como recordatorio de su falta, que le lleva a gritar y exigir atención a sus necesidades; demanda también que ha perdido su objeto anaclítico que eran el bachillerato y su grupo en los que depositaba su dependencia y

instalaba su identidad, su mejor amiga era su objeto alérgico tocaba la guitarra con ella, asistía a eventos musicales con ella y mostraba inclinación e interés por lo artístico al igual que ella.

La reacción terapéutica negativa es resultado de la oposición del paciente a la cura, ésta proviene de las interpretaciones que han hecho *insight* pero como amenazan la estructuración defensiva que tan cómodamente se ha manejado por años, el paciente se rehúsa a aceptarla para generar un cambio, busca seguir repitiendo el mismo patrón de pensamientos y conductas al que ya se ha acostumbrado (Etchegoyen, 2002). En D al escuchar la pregunta sobre su motivo de consulta, nota de manera implícita el deseo del analista a que ella mejore, sea menos dependiente, consiga tomar el camino que desea en su desarrollo universitario y finalmente frente al éxito de sus deseos; separarse de sus padres e iniciar la vida adulta con todas sus implicaciones.

En respuesta a la pregunta se presentan tres pesadillas, las cuales vienen a amparar a la patología (“la neurosis”) y por lo tanto se convierten en resistencias. Esta resistencia sirve como señuelo para que el analista pueda ser un objeto disponible para D con el cual diluirse. Si los sueños o pesadillas se convierten en el objeto de trabajo entonces queda amparado el verdadero problema de D, así se alían analista y paciente para acabar con la molestia angustia que implican los sueños, que demandan un alivio del psiquismo de D y no un retorno a la comodidad del estado anterior.

La pesadilla tenía una doble función, estando al servicio de la pulsión de vida D va a consulta pide ayuda para aliviar su sufrimiento, salir de su depresión y poder emprender un camino hacia el crecimiento; al servicio de la pulsión de muerte asiste a consulta para volver al estado anterior, no podía hacerlo sola, había perdido su objeto y necesitaba otro que lo compensara, pero para ello habría que disuadirlo (al analista) de satisfacer la libido. Estando las pulsiones fuera de control del yo y por lo tanto, del preconscious D se presenta confundida sin saber el porqué llega a consulta.

Como consecuencia de la falta de claridad de D acerca de su motivo para buscar consulta y su falta de claridad en todo lo que acaecía en su psiquismo, se valió de lo único que era evidente, le perturbaban sus pesadillas. Esto resultó en la instauración de una resistencia desde el motivo de consulta. La falta de mentalización en D, hacía que su realidad careciera de metáfora suficiente para poder defenderse de ella e ir a consulta implicaba el riesgo de caer en una desorganización mental si se quitaba la significación que tenía acerca de los eventos que pasaban en su vida.

Ante el temor a esta desorganización a D no le queda más que reaccionar en oposición al proceso, se vale de los sueños y las pesadillas para buscar una alianza con el terapeuta, viendo lo onírico como enemigo externo e incluso ajeno a la paciente al cual podía combatir juntos sin poner en riesgo el psiquismo de D. Además del temor a la desorganización que la terapia podía ocasionar, existía por un lado la identificación proyectiva de la paciente y el temor persecutorio de que le analista le devolviera su agresión, teniendo la necesidad de controlarlo.

Por ello sumado a la necesidad de control, el riesgo a la desorganización, el vaciar de las interpretaciones está la resistencia que en sí misma busca devolver a D a su estado anterior. Tendencia dirigida por la pulsión de muerte pues es autodestructiva y cargada por la envidia de los objetos primarios que le impiden a D crecer y aprender. Siendo así, la pesadilla es un conglomerado de los temores de D a ser abandonada y a la desorganización psíquica que la reducen a un deseo autodestructivo que es permanecer a lado de sus objetos primarios, origen de los mismos temores que la acechan en sus sueños de los cuales no puede despertar.

La situación con D, llevó a una terminación prematura y que los objetivos terapéuticos quedaran lejos de ser alcanzados, pero no fue un proceso catastrófico que empeorara su condición o que haya servido de nada. D tuvo la posibilidad de confiar en alguien para compartir el abuso que había sufrido de niña y el hecho de que no entró a la universidad por reprobado materias. El lado positivo de mostrar interés en los sueños de D es que fue ella interesándose poco a poco en sus propias vivencias. El reflejar las situaciones que vivía y reflexionarlas en

consulta le mostró también la posibilidad de aprender de sí misma y sus experiencias.

El trabajo con pacientes fronterizos es arduo y muy complicado, toma demasiado tiempo alcanzar un avance así como la confianza del paciente en el tratamiento y el analista. Como plantea Bion (1980), es necesario estar como función de *reverie* con los pacientes, traducir sus experiencias emocionales sin imponerles un lenguaje que no pueden entender, ayudarlos a aprender de su propia experiencia, y como Balint (1979) argumentaría, a darles a entender que disponen de la realidad tanto psíquica como externa para sacar provecho de ella.

No es el objetivo de este trabajo desalentar a interpretar los sueños de pacientes regresivos como D, es indispensable alentar a los pacientes a sacar provecho de sus sueños, a que accedan a la simbolización y tengan mayor capacidad de mentalización de sus pulsiones. Lo que se contraindicaría es que el analista se apropie de los sueños de los pacientes como poseedor de un conocimiento, que considera está lejos del alcance del paciente.

El sueño es y será la vía más directa al inconsciente, aunque carezca de deseo por la falta de simbolización y mentalización del paciente, sólo que ahora hay que nutrirlo de otros elementos en el análisis, como la transferencia, la contratransferencia, lapsus, defensas, resistencias y demás manifestaciones del inconsciente para que sea más sencillo que el paciente lo viva como una experiencia propia y como representación de su estado psíquico actual. El analista por su lado puede dar cuenta de que el inconsciente es mucho más complejo de lo que el sueño puede llegar a representar.

Además hay que resaltar que la contratransferencia con pacientes fronterizos tiende a empujar a actuar la agresión del paciente, a buscar controlarlo, a dar un mal pronóstico y por lo tanto abortar el tratamiento (Kernberg, 1979). Por confuso y difícil que pueda ser el trabajo con estos pacientes, ellos llegan a consulta, -a veces sin estar seguros porque-, a buscar un alivio para el dolor al que se enfrentan. Quizá no cubran los criterios de analizabilidad que se consideraban

como filtro para los pacientes que llegaban a psicoanálisis por no ser neuróticos, pero las variaciones a la técnica de autores postfreudianos y las reflexiones como la que se busca en este trabajo, muestran que si bien el paciente no se cura sí mejora.

D se va mejor de lo que había llegado, desafortunadamente antes de lo ideal, si se reflexiona en su porvenir es indudable que habrá recaídas, nuevas experiencias de abandono, posiblemente pesadillas con contenido persecutorio y que se repita el rechazo de la madre hacia ella. Pero tiene como experiencia, el conocimiento de que puede recurrir a alguien más para continuar un tratamiento, de centrar su atención en la importancia de su propia vida emocional y una fuerza pulsional proveniente del yo que lucha por contrarrestar el deseo de la pulsión de muerte de volver a lo inorgánico.

El caso de D tiene la posibilidad de seguirse trabajando desde las regresiones psicósomáticas graves, cuestiones técnicas con pacientes fronterizos, representaciones en el cuerpo de la falta y el vacío. Así como también ejemplo de errores técnicos y la posibilidad de postular variaciones técnicas. También está la contraparte, está la limitante del tiempo, el caso sólo duró nueve meses, por lo que no podemos asegurar si las pesadillas seguirían teniendo la misma función más adelante o cambiarían con las interpretaciones y el refuerzo de la alianza terapéutica. Otra limitante es que D fue tratada en la clínica de la universidad, lo que implicaba una distorsión en la transferencia, la percepción de que el consultorio en sí no era del analista sino de la institución y de que era usado por muchas personas distintas y de que tanto paciente como analista estaban sujetos a reglas que no dependía de ninguno de los dos sino de la institución.

Bibliografía

- Balint, M (1979). *La falta básica*. Paidós: Argentina.
- Bion, W. (2009) *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós: Argentina (Primera publicación en castellano en 1980).

- Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006). La Interpretación de los Sueños. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras Completas* (Vol. IV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (2006). La Interpretación de los Sueños. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras Completas* (Vol. V). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (2006). Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto. J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras Completas* (Vol. XIX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1925).
- Kernberg, O. (2010) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. España: Paidós. (Trabajo original publicado en 1979).
- Marty, P. (1984) *Los sueños en los enfermos somáticos*. En: Pierre Marty y la psicósomática, de Calatroni, Marta T. Compiladora. Argentina (1998): Amorrortu. Pp. 79-99.
- Méndez, J.A. de Iceta, M. (2002) *La teoría de los sueños. Parte II: El análisis de los sueños desde un enfoque modular-transformacional: una propuesta para una técnica específica*. Aperturas Psicoanalíticas, 13 (Revista por Internet: www.aperturas.org).
- Hartmann, E. (1984). *Nightmares and Boundaries in the mind*. In: *Essential papers on dreams*, Melvin, R. Lansky, M.D. Editor. New York(1992). Pp. 376-400.
- Lansky, M. (1990) The screening function of Post-traumatic Nightmares. In: *Essential papers on dreams*, Melvin, R. Lansky, M.D. Editor. New York(1992). Pp. 401-424.
- Lidz, T. (1946) Nightmares and the combat Neuroses. In: *Essential papers on dreams*, Melvin, R. Lansky, M.D. Editor. New York(1992). Pp. 323-342.
- Mack, J (1970) Toward a Theory of Nightmares. In: *Essential papers on dreams*, Melvin, R. Lansky, M.D. Editor. New York(1992). Pp 343-375.

Datos del autor

Trabajo: Ocaso #20^a int. 010 Col. Insurgentes-cuicuilco. Del. Coyoacan C.p. 04530

Domicilio: San Francisco #1543 Col. Tlacoquemecatl del Valle. Del. Benito Juarez
C.p. 03200

Cel. 044.55.54.06.49.59

Of. 01.55.51.71.79.54

Correo. erickgoco@gmail.com