

LOS SUEÑOS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO*

Eulàlia Torras de Beà**

La importancia de los sueños en los tratamientos psicoterapéuticos y psicoanalíticos radica, como sabemos, en que son comunicaciones acerca del mundo interno y del funcionamiento mental del paciente. También lo son las llamadas asociaciones libres, pero los sueños, por ser “pensamientos del dormir” dependen de un sistema defensivo distinto, lo que los mantiene más cerca del proceso primario. Los dibujos y los juegos de los niños ocupan un lugar intermedio entre los sueños y las asociaciones de los adultos.

A continuación me referiré brevemente a los sueños en Freud y luego a la evolución que, paralelamente a la evolución de las teorías ha seguido la comprensión y el manejo clínico y técnico de los sueños en el tratamiento. Presentaré algunas viñetas clínicas.

Como sabéis, en enero pasado se cumplieron 100 años de la publicación por Sigmund Freud de la Interpretación de los sueños. En aquel momento habían transcurrido solamente cinco años desde sus primeras publicaciones, las que iniciaban su monumental obra que dio nacimiento al psicoanálisis.

Desde el comienzo, Freud consideró que los sueños –forma particular de pensamiento que se manifiesta en imágenes

* Ponencia presentada en las VII Jornadas de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica en el centenario de “La interpretación de los sueños”, Sevilla 20 de mayo del 2000.

** Psiquiatra. Psicoanalista. Fundación Eulàlia Torras

nes, vinculado al proceso primario y al pensamiento concreto infantil— eran la vía real al inconsciente y también la realización encubierta de un deseo reprimido. Más tarde, en 1933, matizaría esta afirmación y hablaría de “intento de realización de un deseo reprimido”.

Atribuyó a los sueños carácter de formación transicional que sirve a la doble finalidad de preservar el dormir y de permitir que una pulsión reprimida obtenga alguna clase de satisfacción en forma de realización alucinatoria. En su estudio autobiográfico de 1925 dice, “Los sueños se construyen como un síntoma neurótico: son transacciones entre las demandas de un impulso reprimido y la resistencia de una fuerza censora en el Yo”. Denominó *trabajo elaborativo del sueño* a las modificaciones que la censura, mediante los mecanismos de desplazamiento, condensación y simbolización, produce sobre el contenido latente, enmascarándolo hasta convertirlo en contenido manifiesto. A la luz de su primera teoría tópica, los sueños servían al objetivo del análisis: hacer consciente lo inconsciente y descubrir los contenidos mentales reprimidos.

Consideró que los afectos constituían uno de los medios más confiables para comprender el significado de los sueños ya que el contenido emocional sufre menor modificación cualitativa y cuantitativa que el contenido ideacional del sueño y está sometido a una influencia menor por parte de la censura.

Aunque Freud nunca reformuló sus primeras teorías sobre los sueños, su gran intuición hizo que como clínico se adelantara mucho a su propia posición teórica. Así, mientras en el capítulo VII de la Interpretación de los sueños se refiere a que cada elemento del sueño representa un aspecto de la personalidad del soñante, con lo que sugiere relaciones internas de objeto, es mucho más tarde, en 1923, en *El Yo y el Ello*, cuando formula su teoría estructural o segunda tópica que introduce la teoría de las relaciones internas de objeto. Esta riqueza clínica fue más tarde recogida por sus discípulos, que desarrollaron la teoría de las relaciones objetales, dieron

impulso a la conceptualización sobre los sueños y sus funciones en la sesión, e hicieron progresar su manejo clínico y técnico.

Así, los sueños son progresivamente reconocidos como una dramatización en el espacio del sueño de las relaciones internas de objeto (Hernández, 1986), de las ansiedades y de las defensas y, en la sesión, como expresión de la relación transferencial. Autores como Segal (1981) y Grinberg (1981) describen las diversas funciones de los sueños en la relación terapéutica.

Más tarde fueron tomando cuerpo los conceptos de interacción e intersubjetividad, que consideran el tratamiento como un diálogo entre dos subjetividades y destacan, no sólo las proyecciones y el impacto del paciente sobre el terapeuta, sino también las proyecciones y la influencia –beneficiosa o no– del terapeuta sobre el paciente. Entonces, en los sueños de éste, el terapeuta puede reconocer, no sólo las ansiedades, defensas y relaciones de objeto del paciente, sino también la respuesta inconsciente al impacto de sus interpretaciones. Entonces, mientras en algunos momentos el paciente puede por ejemplo aceptar obedientemente una interpretación de su terapeuta, su siguiente sueño puede expresar su verdadera reacción de la que él mismo no es consciente.

La siguiente viñeta clínica ejemplifica una situación de este tipo: En la última sesión de una semana la analista interpreta asociaciones de su paciente como ansiedad negada ante el final de semana. El paciente está de acuerdo y parece confirmarlo asociando hechos de su infancia muchas veces hablados en el tratamiento, como cuando de pequeño lo pasaba mal cuando sus padres salían... En la siguiente sesión explica este sueño: *Llega a la sesión, pero era un lugar diferente, como una academia o una universidad. Entra en una habitación y no es el despacho de la analista sino una aula donde ella está dando clase, ante la pizarra, sobre la "ansiedad de separación".* El paciente, que no relaciona su sueño con la sesión anterior, dice

que no le extraña dado que la analista se dedica a niños y que la ansiedad de separación tiene tanta importancia en la evolución de éstos, etc.

Otro sueño en el mismo sentido: En una sesión el paciente explica sus dificultades imprevistas para asistir a las dos sesiones siguientes y la analista le ofrece inmediatamente un cambio de horas. Ella misma queda con la sensación de haberse precipitado. En la sesión siguiente el paciente relata el siguiente sueño: *Llegaba a la sesión y el despacho estaba cambiado, era como un saloncito y la analista le decía que estaba tomando el té y hablándole de tú le ofrecía dulces de una fuente. Había tazas y otras cosas sobre una mesita. La analista le decía ¿quieres té?* El paciente notaba el doble sentido de “té”, que en catalán significa también “toma”.

Así pues, a lo largo de la evolución del psicoanálisis los sueños van siendo considerados y manejados en la clínica según el marco teórico en el que se inscribe el terapeuta. Aunque de hecho, a pesar de que hablo de evolución de las teorías psicoanalíticas y de la forma de tratar los sueños según ellas, en lo cotidiano coexisten todos los niveles teóricos y de manejo técnico de los sueños. Así, hoy en día hallamos psicoanalistas y psicoterapeutas que han cimentado su quehacer clínico en la primera teoría tópica de Freud y exploran los sueños buscando el contenido latente, hacer consciente lo inconsciente, mientras otros se inspiran en otras orientaciones teóricas citadas o no citadas y tratan los sueños según ellas. Incluso pueden o podemos movernos entre más de una forma –y a veces contradictorias– de conceptualizar la clínica.

Actualmente reconocemos en los sueños funciones comunicativas y funciones defensivas (Grinberg, 1981; Segal, 1981; Hernández, 1986). Entre las funciones comunicativas, la expresión de ansiedades y defensas, de la dinámica y la estructura mental (Rallo, 1986) y de las relaciones de objeto–relaciones entre los objetos internos y partes del self a través de los personajes, los objetos y las acciones del sueño; de la relación

entre los elementos del contenido manifiesto y del latente; del clima del sueño, la calidad de su atmósfera, es una clara propuesta para la elaboración. En este caso, es posible que el paciente sienta el sueño como algo propio y que pueda asociar a él, aunque esto no siempre es así.

Para ilustrar este punto propongo el sueño de una paciente de unos 30 años, casada y con dos hijos, en sus primeros meses de tratamiento con un terapeuta varón. Trabaja en una empresa con un cargo técnico de responsabilidad y recientemente ha entrado a trabajar en su departamento otro técnico con un cargo de su mismo nivel. Sueña que *tiene una reunión con este compañero de trabajo y se da cuenta de que está medio desnuda. De la cintura para arriba apenas lleva ropa. El compañero se muestra muy cariñoso pero correcto y ella está incómoda y avergonzada, pero también excitada. Dice: Este sueño me ha hecho pensar que debo sentir atracción hacia este compañero y no me había dado cuenta. Creía que lo valoraba por su preparación pero que no había nada más. No hace falta detenerse en la alusión transferencial del sueño.*

Los sueños pueden expresar también claros elementos de progreso e integración que el paciente no ha percibido, le cuesta reconocer o incluso niega. Esta dificultad para reconocer el progreso puede deberse a distintas causas: al miedo al compromiso que representa la revelación de la propia capacidad de progresar; a sentimientos de culpa inconscientes relacionados con haber desaprovechado en el pasado las propias capacidades y lo que se ha recibido; o a que la vivencia de progreso y de evolución evoca que en algún momento el tratamiento llegará a su fin, será la terminación del tratamiento. En algunos momentos, la terminación puede vivirse como algo doloroso, negativo o amenazante.

A continuación presento un sueño que ilustra el conflicto con la posibilidad de progresar: Se trata de una paciente en una fase bastante avanzada de su tratamiento. Sueña que *conduce su coche por una carretera que se vuelve camino de bos-*

que cada vez más estrecho; el piso se va volviendo irregular y lleno de piedras hasta que no puede seguir más. Ella está decidida a continuar porque tiene que encontrarse con alguien o con un grupo y era importante –en el sueño sabía de qué se trataba–. Continúa a pie, pero cuando ha hecho un buen trozo se da cuenta de que su hijo pequeño iba durmiendo en el coche y que no puede dejarlo tanto rato. Además ha dejado allí cosas que necesita, como ropa, dinero o documentos. Se despierta inquieta. Me parece claro que la paciente expresa la lucha entre su decisión de seguir adelante y sus temores y dificultades, expresadas en el “mal camino”, o camino cada vez más difícil. En los momentos difíciles duda acerca de volver hacia su yo infantil, su identidad dejada atrás y sus recursos de siempre.

Bassols (1997) sugiere que el hecho de que el sueño sea un instrumento en la elaboración de los conflictos psíquicos explica que algunos pacientes sueñen o recuerden más los sueños durante las interrupciones del tratamiento. Añade que a veces el hecho de soñar en vacaciones o fines de semana puede ser producto de resistencias al tratamiento, pero que en otros casos se trata de una necesidad de suplir el aspecto elaborativo de las sesiones, de continuar con el esfuerzo terapéutico. Entonces el sueño no sólo tiene una función protectora del dormir y del reposo sino también metabolizadora de estímulos y fomentadora de elaboración de los conflictos internos.

Cuando el sueño cumple funciones defensivas puede convertirse en depositario de contenidos mentales disociados; entonces el paciente puede relatarlo como si se tratara de algo ajeno a él, como un cuerpo extraño, como si hubiese visto una película que no le concierne. En este caso, a pesar de que sus contenidos puedan ser comprensibles para el terapeuta a través de su significado simbólico o de su experiencia anterior con el paciente, la forma como éste relata y trata el sueño en la sesión puede hacerlo difícil de utilizar para el terapeuta, lo cual está también al servicio de la defensa-resistencia.

Según la forma de ejercer las funciones defensivas han sido también descritos los sueños evacuatorios, utilizados para depositar ansiedades, descargarlas y desentenderse de ellas; los sueños con función seductora, para fascinar al analista con la producción onírica y dejar en un plano secundario la tarea terapéutica; los sueños al servicio de la manipulación, para conducir la sesión y al terapeuta, etc. Todos ellos son por supuesto resistencias al trabajo analítico. Se trata en realidad de acciones (*acting-in*) que el paciente realiza en la sesión utilizando para ello los sueños.

En ocasiones, el contenido del sueño expresa una acción *-acting in-* que al mismo tiempo el paciente realiza en la sesión. Es como si el paciente anunciara con un sueño lo que simultáneamente actúa en la sesión. Por ejemplo, un paciente sueña que, *se las arregla para conseguir en su trabajo algo que no le corresponde, presenta las cosas para que parezca que todo es correcto*, y hacia el final de la sesión avisa que no podrá asistir a las dos sesiones de la semana siguiente diciendo: *como aviso con bastante tiempo supongo que no habrá problema con la cuestión del pago de las sesiones*.

De todos modos, en el trabajo con nuestro paciente es imprescindible diferenciar el nivel de comunicación en el que nos encontramos y el papel de los sueños dentro de él. Así, es distinto que el paciente agrede a alguien de su entorno o que sueñe que agrede a alguien y lo relate en la sesión. Grinberg dice que el *acting out* es en parte un sueño dramatizado y actuado durante la vigilia, “un sueño que no pudo ser soñado”.

Pero ¿es cuestión del sueño mismo, del contexto mental del paciente, o de la intervención del terapeuta? Porque no cabe duda de que es función del terapeuta transformar la función defensiva del sueño en comunicación, de forma que se aproveche su potencial simbolizante y creativo. Si el terapeuta trata un sueño evacuatorio como algo negativo, hará que no pueda llegar a ser elaborativo. Con esta visión, su paciente y él pueden estancarse en una colusión.

Un paciente relata una serie seguida de sueños y el analista, acostumbrado a escuchar varios en cada sesión y a que el paciente apenas asocie a ellos, se decanta por señalar la defensa: el aspecto evacuativo, la intención de desentenderse de esos contenidos mentales. O sea, los trata como un elemento negativo. Al día siguiente el paciente relata el siguiente sueño: *Se ve a sí mismo buscando deprisa con necesidad de ir al servicio. Siente la urgencia. Ve una hilera de servicios, como si fueran los de un hotel y se dirige al primero pero está cerrado. Se dirige al segundo que está cerrado también. Su situación se hace muy inquietante a medida que va descubriendo que los han cerrado todos.* Despierta sudando angustiado.

Me parece llamativa la forma como el paciente expresa su respuesta a la interpretación del terapeuta y su necesidad de encontrar un terapeuta abierto a que él se exprese como pueda; un analista que le permita de momento aliviarse, descargar tensión, y que recoja aquello que el paciente no puede contener dentro de él ni tratar de otro modo. Este analista podrá luego ayudarlo a metabolizar lo que ahora es emergencia.

Pero para soñar es necesaria suficiente diferenciación entre proceso primario y proceso secundario; entre fantasía y realidad; consciente e inconsciente; entre estar despierto y estar dormido; entre soñar despierto y soñar dormido, todo lo cual requiere un desarrollo adecuado de la función simbólica y de la organización consecuente de la mente. Cuando no existen estas condiciones puede haber una incapacidad de soñar o una confusión entre sueño y delirio.

Todos estos aspectos del sueño lo convierten en un verdadero test proyectivo espontáneo (Torras, 1974), que ofrece elementos para una continuada revisión del diagnóstico dinámico en la sesión, del estado del mundo interno del paciente y de la evolución del tratamiento. La evolución puede observarse en el contenido mismo de los sueños –en las características de los

personajes, las acciones que se desarrollan, el clima del sueño o su atmósfera; en el lugar del sueño en la realidad interna del paciente; –grado de disociación o de contacto con él; y en la forma como el analizado trata el sueño; –interés, capacidad de asociar, comprensión.

También en los tratamientos psicoterapéuticos de corta duración y de objetivos focalizados los sueños resultan un material muy importante como continuo test de la realidad interna del paciente. Ellos brindan por tanto, aquí también, un continuo punto de referencia para la comprensión de la evolución del tratamiento.

Asimismo en las entrevistas diagnósticas, a pesar de las diferencias respecto al tratamiento, los sueños y lo que el soñante hace con ellos aportan datos importantes para evaluar las características de la personalidad, estructura, rigidez o flexibilidad, dinámica de su funcionamiento, grado de patología y posibilidades de beneficiarse de un enfoque psicoanalítico. En todo esto es importante la consideración espontánea que el paciente hace de su propio sueño, el grado y tipo de interés y la capacidad de captar lo que el terapeuta puede aportarle sobre él.

Por ejemplo: al pedir hora para la primera entrevista la paciente pregunta a la terapeuta si el Dr. Tal le ha hablado de ella. La terapeuta no recuerda y la paciente reconoce que el Dr. Tal le recomendó consultar hace varios meses. Este hecho se comenta hacia el final de la entrevista, cuando la paciente menciona que le ha costado mucho decidirse a consultar. Añade que incluso la noche anterior tuvo un sueño que le ha hecho pensar en la entrevista de hoy. Sueña que *entra en un edificio moderno y se dirige hacia el ascensor. Pero éste, sin darle tiempo a indicar ningún piso, va hacia abajo y ella se siente inquieta. Luego se encuentra en un lugar extraño, oscuro, donde la recibe una mujer inquietante. Por allí hay otras personas que ella ve de lejos, pero no sabe quiénes son.*

Hay que señalar el largo camino recorrido en la consideración de los sueños a partir de las primeras teorías de Freud, desde considerarlos el guardián del dormir y un intento de realización de deseos, hasta contemplarlos como un espacio en el que se representa el mundo interno del soñante. Como subraya Bassols (1997) esto ha significado un cambio sustantivo en el aspecto técnico, o sea en la forma de tratar los sueños en el proceso terapéutico.

Así Freud, en la técnica clásica de interpretación, se centra más en el sueño que en el paciente y considera casi insignificante el interés del contenido manifiesto. Para él, el análisis del sueño sigue el camino inverso al del trabajo del sueño: parte del contenido manifiesto y basándose en las asociaciones del paciente efectúa la “traducción” que conduce al contenido latente.

En cambio, cuando se considera el sueño como una expresión de la fantasía inconsciente, de las ansiedades y defensas, del mundo interno, el interés por el contenido manifiesto se incrementa considerablemente y los contenidos latente y manifiesto dejan de estar en contraposición, el segundo encubriendo el primero o significando una defensa ante él. En este caso no se trata ya solamente de contenidos, sino que además se presta atención a las funciones del sueño, a la forma como éste es utilizado en la relación terapéutica. A pesar de que las asociaciones al sueño siguen siendo importantes, no son ya imprescindibles para captar la comunicación: el relato mismo del sueño –contenido manifiesto– contiene mucho de la comunicación de éste como espero que se ha visto en los ejemplos relatados.

En la sesión solemos prestar atención al *foco del sueño*, la ansiedad que se expresa, o el elemento relacional o defensivo central dentro del marco de la sesión y especialmente de nuestra relación con el paciente. Según lo que va sucediendo, iremos tomando más tarde otros aspectos del sueño –ese día u otro día– en que esos elementos se asocien a lo que emerge

en ese momento. Pero hay que diferenciar lo que sería un examen exhaustivo de los sueños en la sesión del trabajo analítico propiamente dicho, que se centra en el análisis de nuestra interacción con el paciente. Porque un examen exhaustivo de los sueños en la sesión, lejos de conectarnos mejor con el paciente, estaría interponiéndose entre él y nosotros. Estaríamos mirando hacia el sueño en lugar de mirar hacia el paciente o hacia la relación, nos estaríamos *entreteniendo* en analizar sueños en lugar de atender a las vivencias de la sesión misma. Sería lo mismo que sucede a veces en los tratamientos de niños cuando el terapeuta mira “hacia la mesa” –los dibujos y los juegos del niño– en lugar de mirar hacia el niño mismo y su relación con él.

Para terminar, quiero relatar un sueño del período final del tratamiento psicoanalítico de una mujer de unos 40 años que había sacado mucho provecho de la tarea: *Íbamos en coche por carretera, mi marido conduciendo y yo admirando el paisaje –ella proviene de un pueblo de montaña– y en eso veo un lugar donde en la realidad han construido un pantano. Veo arriba las casetas nuevas que han construido para los que vivían en el valle, con la carretera ancha que conduce a la carretera principal, no exactamente como es en la realidad, pero algo parecido, pero siento como pena, una cierta angustia. Hace un inciso para decir: al despertarme he pensado que sentía que a pesar de que se trate de una mejora, ellos deben sentir pena de dejar sus viejas casas de siempre. En el sueño, veía en el agua algunas ramas de árbol, alguna parte de las casas más altas y claramente la parte alta de la iglesia, más de lo que se ve en la realidad, ya que la última vez que pasamos por allí sólo se veía la punta de la iglesia. Tenía también una impresión como que los habitantes del pueblo, a pesar de no verlo recordarían todos los detalles, las calles, las casas, a fuerza de conocerlo tan bien.*

No creo que este emocionante sueño requiera explicación. Prefiero dejar su comprensión a criterio de los lectores.

BIBLIOGRAFÍA

- BASSOLS, RAMÓN (1977). Conferencia en la Associació Catalana de Psicoterapeutes Psicoanalítics (A.C.P.P.), el 7 de Octubre.
- FREUD, S. (1900). *La Interpretación de los Sueños*. SE. Vol IV y V.
- FREUD, S. (1933). *Nuevas aportaciones al psicoanálisis*. SE. Vol XXII.
- GRINBERG, L. (1981). *Psicoanálisis, Aspectos Teóricos y Clínicos*. Barcelona. Paidós.
- HERNÁNDEZ, V. (1986). Els somnis com a dramatització de la fantasia inconscient. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol III n.º 2.
- RALLO, J. (1986). El doble contenido latente del sueño. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*. n.º 4.
- SEGAL, HANNA (1981). The Function of Dreams. En *The Work of Hanna Segal*. New York. Jason Aronson.
- TORRAS DE BEÀ, EULÀLIA (1974). "Les rêves comme test projectif". *Revue Française de Psychanalyse*, Vol XXXVIII, n.º 5-6, pg. 1.183.