Considerando la sesión como si fuera un sueño ¹

L. Bryce Boyer

Considerar la sesión como si fuera un sueño ha facilitado mi trabajo, especialmente con los pacientes regresivos. Esta breve comunicación enfocará especialmente dos tópicos: la utilidad clínica de asumir que el resto diurno del sueño imaginario –la sesión– se origina en el tema principal transferencial-contratransferencial no resuelto en la sesión previa o en las anteriores, y la función del sueño que es cumplida en el momento de la sesión, es decir la descarga de los afectos y los contenidos mentales.

Genéticamente la sesión analítica es una situación hipnótica alterada (Jones, 1953; Lewin, 1955) y los pacientes equiparan el estado hipnótico con el dormir (Freud, 1886). Lewin (1955b) señaló que el deseo del paciente de ser dormido en la sesión hipnótica fue reemplazado en la situación analítica por el deseo de asociar libremente. El consideró lo que sucede en el diván comparable a una neurosis o un sueño. Los estudios fundamentales de Lewin (1932, 1946, 1950) sobre el sueño y los pacientes regresivos influyeron fuertemente sobre mí en los comienzos del desarrollo de mis técnicas terapéuticas (Boyer, 1983).

Freud (1900) encontró conexiones intrínsecas y analogías

¹ Este trabajo fue presentado en la Boyer House Foundation Conference “The Regressed Patient”, San Francisco, el 21 de marzo de 1987. En el Departamento de Psiquiatría de la Escuela Paulista de Medicina, San Pablo, en Abril de 1989. En el Segundo Simposio de Investigación e Intercambio Científico en Gramado, Brasil, el 21 de abril de 1989 y en el Cuarto Congreso del Centro Psicossomático del Htal. General da Santa Casa da Misericórdia, “Psychoanalytic Interventions with Primitive States” en Río de Janeiro el 26 de abril de 1989.

entre la estructura del sueño y las psicosis, señalando su parecido esencial y aplicó la hipótesis topográfica del fenómeno de la regresión en ambos casos. Innumerables observadores han discutido las similitudes y diferencias en la estructura de los sueños, las psicosis y los procesos psíquicos que facilitan la emergencia de ambos (Bion, 1962; Freud 1907; Frosch 1976; Meltzer, 1983). Decir que tanto los delirios como las alucinaciones pueden ser interpretados como si fueran sueños es un lugar común.

Al comienzo de mi trabajo analítico con pacientes regresivos me fui dando cuenta que me hallaba en un estado yoico alterado mientras escuchaba la cualidad cuasi onírica de sus asociaciones². En esos momentos mi pensamiento a veces estaba dominado por el proceso primario y yo recobraba mi equilibrio pensando directamente en la posible simbología de sus producciones o en sus aspectos resistenciales o cumplidores de deseos. Otros autores han tenido experiencias similares (M'Uzan, 1976).

Muchos analistas han asumido la similitud de la entrevista con el sueño sin centrarse directamente en el interjuego transferencia-contratransferencia como determinante de su comprensión de la entrevista. Recientemente, Kern (1987) encontró que las características interaccionales de la neurosis de transferencia son el equivalente, en el estado de vigilia, al sueño manifiesto y describió innovaciones técnicas que él consideraba que se deberían requerir al analista.

Hace unos 35 años yo desperté de un sueño que me llevó a pensar que el resto diurno del sueño imaginario, la sesión, surgió de algún tema transferencial-contratransferencial no resuelto en la sesión precedente o las anteriores. Por supuesto que ese resto diurno repite una situación infantil. Este enfoque ha mejorado mi

² Frecuentemente yo experimentaba simultáneamente sensaciones táctiles o cenestésicas mientras estaba en ese estado alterado (Boyer, 1986). Hoy yo explicaría esos fenómenos mediante el uso del concepto de identificación proyectiva, aunque soy muy conciente de la importancia de que el analista discierna indicios subliminales, tanto concientes como inconcientes. Es interesante notar que el filósofo noruego Vold (1910-1912) estudió intensamente los efectos de la estimulación cutánea y muscular en el sueño y que, basado en parte en estos estudios, Rorschach llegó a la conclusión de que las percepciones cenestésicas reprimidas reaparecen en el sueño y proveen del más importante material en ellos (Ellenberger, 1954). Las ideas de Rorschach acerca del antagonismo entre las percepciones cenestésicas y los movimientos condujeron a conclusiones significativas, en relación a los significados de las respuestas de movimiento en su test proyectivo.

efectividad terapéutica y la de mis supervisandos, especialmente aquellos que no estaban plenamente conscientes del grado en que las reacciones de sus pacientes constituían un fenómeno transfe-rencial. Daré un ejemplo.

(1) Una paciente borderline se puso ansiosa cuando le anuncié una verdadera separación; sus fantasías generalmente rondaban acerca de la posibilidad de que yo estuviera enfermo y de que ella fuera la causante de mi enfermedad. Le dije, con tres semanas de anticipación, que estaría ausente un viernes. Durante el intervalo ella no aludió a la futura separación. Tres días antes de ese viernes comenzó la sesión diciendo que al venir había visto un viejo enfermo y que hubiese querido hacerse cargo de él. El hecho de que yo tomara su comunicación como un elemento transferen-cial, me permitió fácilmente ayudarla para que ella comprendiera que la supresión o represión de la futura ausencia era producto de esta aparentemente nueva fantasía atemorizante, en la cual su pensamiento desordenado me había atribuído un cáncer y que yo había cancelado la sesión para ir a tratarme. Adicionalmente surgió nuevo material del pasado, que mostraba que ella se había sentido responsable, cuando tenía cinco años, de la muerte de su querido abuelo.

(2) Una paciente esquizofrénica en análisis comenzó la sesión diciendo que le había parecido ver en la calle, frente a mi consultorio, la carcaza sanguinolenta de un perro. Cuando ella confiaba en mí y en sí misma se imaginaba que o bien ella residía dentro mío, protegida y cubierta por mi piel, o bien su piel me contenía dentro de su cuerpo. En ese caso éramos fluidos conti-nuos. Cuando ella estaba llena de temor de que su hostilidad destruyera nuestro vínculo, alucinaba nuestra sangría, puesto que habíamos perdido nuestra piel y nuestra capacidad de contener-nos el uno al otro y de preservar nuestra amorosa continuidad, nuestra mutua confianza y nuestra relación de trabajo (véase la nota al pie N°5). El comprender la comunicación inicial en términos transferenciales me permitió enfocar rápidamente ciertos indicios que yo había pasado por alto en sesiones previas, que la había tratado muy desdeñosamente: una expresión simbólica de la ansiedad para que no estuviéramos enojados uno con el otro.

Ahora discutiré una función del sueño atendible en la sesión: la descarga de afectos y de los contenidos mentales. El compren-der esta función de la sesión, facilita el trabajo con aquel grupo

de pacientes que la utilizan como un medio en el que esperan poder vaciarse de las tensiones y sus contenidos mentales asociados, depositándolos en el terapeuta (Boyer, 1989), logrando así una cura mágica.

Freud (1900) encontró que el sueño protege el dormir. Un compromiso entre las fuerzas reprimidas y las represoras permite al deseo infantil prohibido encontrar su gratificación de manera disfrazada, permitiendo así al durmiente librarse de la tensión afectiva. Klein (1932, 1946), Lewin (1955a, 1955b) y Segal (1981) encontraron que el sueño sirve también a la tarea psíquica de elaboración, ligando la carga de los afectos. Bion (1962 a) encontró que la capacidad de soñar protege al individuo de experimentar un estado psicótico y postuló un aparato para soñar que permite al individuo procesar sus impresiones sensoriales en elementos oníricos. Cuando los componentes mentales son inadecuados para pensar, soñar y recordar, son evacuados por medio de la identificación proyectiva y/o el acting out³. Tanto el acting out como la somatización son maneras regresivas de restablecer el pensamiento presimbólico. Klein (1946) escribió acerca de las funciones evacuadoras de la disociación y de la identificación proyectiva; posteriormente, luego de que Bion introdujera las funciones comunicativas de la identificación proyectiva (Grotstein, 1987), discutió la evacuación de los contenidos mentales en un continente o en un espacio (Klein, 1955). Grinberg (y col. 1967) enfatizó la función evacuativa de los sueños. Aquí quiero destacar la utilización, durante las regresiones sufridas por algunos pacientes, de la función evacuativa como un uso más primitivo de la identificación proyectiva que el de su verdadera función comunicativa, empleada en otros momentos.

Este aparato para soñar sueños se va formando gradualmente en la mente del niño, dándole la capacidad de pensar, a través de la internalización de experiencias repetidas de su vínculo con una madre que tiene capacidad de *reverie* y que ha servido como continente de los afectos intolerables para el niño, para devolvérselos luego, en lo que Winnicott (1965) denomina una forma

³ De acuerdo con Ogden (comunicación personal) la evacuación tiene lugar cuando no hay continente para una identificación proyectiva y es una re-experimentación del temprano fracaso materno para contener la proyección del bebé.

atenuada y que uno de mis paciente denominó “desintoxicada” (Boyer, 1986). De la misma manera en el análisis, el analista con capacidad de *reverie* asume y metaboliza las proyecciones del paciente y se las devuelve a través de la actividad interpretativa en el momento oportuno. Bion (1956, 1962b) postuló que la identificación proyectiva del bebé consigue que su empática madre vivencie por él y más tarde lo alimente con el material metabolizado. A veces, los pacientes abiertamente reconocen su saber sobre esta transacción. Algunos años después de haber terminado un análisis exitoso, un científico hipomaniaco llamó para pedir una entrevista diciendo: “Necesito vaciar nuevamente mi mente en la suya y que Ud. me retroalimente con una comprensión más útil”. Otro paciente, nunca había leído literatura psicológica, a continuación de una regresión a comienzos del tratamiento, dijo: “Ud. me puede ayudar mejor siendo un continente para mi locura hasta que yo pueda comprenderla y hacerla parte de mí nuevamente”.

Isakower (1938) encontró símbolos del pecho siendo experimentado como tragando al individuo a medida que éste se va durmiendo y varios observadores notaron fantasías de los pacientes de entrar dentro de sus madres siendo tragados o bien abriéndose camino royendo el cuerpo de ellas (Fenichel, 1929; Klein, 1928), a veces con la fantasía de que una vez dentro de la madre el invasor duerme y es alimentado (Lewin, 1935).

Lewin (1946) inicialmente encontró que la pantalla del sueño representa el pecho aplanado, luego de haber amamantado. Eventualmente él entendió (1950, 1953a) la función “pecho” simbolizada por la pantalla del sueño como teniendo el poder de dar el dormir y consideró que la pantalla representaba tanto el pecho como el dormir al pecho y una tríada de deseos orales: el deseo de comer, el deseo de ser comido y el deseo de dormir. Los hallazgos clínicos de otros autores confirman estas hipótesis. Garma (1969) encontró que la luz de la luminosa pantalla onírica en la que los contenidos mentales son proyectados, constituye una alucinación primordial que viene de una reactivación del recuerdo reprimido de una “deslumbrante visión luminosa recibida en el momento del nacimiento” (p. 494).

Las similitudes entre la sesión y el sueño algunas veces son muy explícitas. Varios profesionales en salud mental, al tanto de la literatura, me han dicho, como un representante de la sesión,

sus “pantallas del sueño” en la cual ellos proyectaban sus fantasías para ser alimentados con las nuevas formas de las mismas. Una observación sobrecogedora nos hace preguntarnos si la postulación de Garma tiene mérito. Al final de una sesión donde un paciente que desconocía totalmente la literatura psicológica se había dado cuenta que él había proyectado imágenes en mí “como si yo fuera una pantalla de cine”, me dijo que al entrar al consultorio había pensado que yo me continuaba con la suave luz que venía a través de la cortina que cubría la ventana⁴ que estaba detrás de mí, una luz que a él le había parecido “muy brillante”⁵.

RESUMEN

El pensar la sesión como si fuera un sueño facilita el trabajo con pacientes regresivos. El considerar el resto diurno de este sueño imaginario, la sesión, como el tema principal transferencial-contratransferencial no resuelto en la sesión precedente o en las anteriores, aumenta la comprensión del analista sobre el contenido presentado inicialmente y del catectizado conflicto al que se refiere. El tener “in mente” la función evacuativa del “sueño” a veces alerta al terapeuta sobre la posibilidad de que el paciente busque predominantemente liberarse de la tensión y de los contenidos mentales que han sido

⁴ Estudios hechos a partir del fundamental trabajo de Lewin sugieren que la pantalla del sueño más que representar el aplanado pecho después de amamantar puede representar una percepción temprana de la continuidad o fusión de las superficies cutáneas de la madre y el bebé, lo que ha sido ampliamente descrito a medida que las relaciones tempranas de objeto fueron mejor comprendidas (Anzieu, 1985; Bick, 1968; Biven, 1982; Cachard, 1981; Lacombe, 1981; de Loisy, 1981; McDougall, 1989; Ogden, 1986, 1989).

⁵ Rosenfeld (1984, 1989, 1992; Rosenfeld y Pistol, 1986) detectó lo que él denominó una imagen corporal psicótica entre los pacientes que regresionaban en circunstancias especiales. En esa imagen, el cuerpo contiene solamente líquidos o sangre, revestidos por paredes arteriales o venosas que se hacen cargo de la función fisiológica de la piel, de los músculos y del esqueleto. Durante las regresiones psicóticas desaparece la noción de pared y el paciente se percibe a sí mismo como desparramándose en una masa amorfa. En el caso de mi paciente, cuando nuestros vínculos se veían amenazados por su intenso temor a la agresión ella nos describía a los dos sangrando en charcos de líquido que podían o no mezclarse. Ella conscientemente simbolizaba la cordura como estando dentro de la propia piel.

despojados defensivamente de su significado simbólico, en vez de buscar mejoría a través de la comprensión.

SUMMARY

Thinking of the interview as if it were a dream facilitates analytic work with regressed patients. Seeing the day residue of the imaginary dream, the interview, as the principle unresolved transference-countertransference issue of the preceding session or sessions enhances the therapist's understanding of the content presented initially and the cathected conflict to which it refers. Keeping in mind the evacuative function of the "dream" at times alerts the therapist to the possibility that the patient seeks at least predominantly to empty himself or herself of tension and mental contents that have been stripped defensively of symbolic meanings rather than to seek improvement through understanding.

RESUME

Penser la séance de psychanalyse comme un rêve, facilite le travail avec des patients régressifs. Considérer les restants diurnes de ce rêve imaginaire qu'est la séance comme le thème principal transférentiel-contretransférentiel, non résolu dans la séance précédente ou dans les antérieures, élève la compréhension de l'analyste en ce qui concerne le contenu initialement présenté et le conflit caractérisé auquel il se réfère. Le fait d'avoir "in mens" la fonction évacuatrice du rêve, avertit parfois l'analyste sur la possibilité de ce que le patient cherche avant tout à se libérer de la tension et des contenus mentaux qui ont été défensivement dépouillés de sa signification symbolique, au lieu de chercher l'amélioration à travers l'entendement.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU, D. (1985) *The skin ego. A Psychoanalytic Approach to the Self*. New Haven: Yale University Press, 1989.
- BICK, E. (1968) The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49:484-486.
- (1986) Further considerations on the function of the skin in early object relations. *British Journal of Psychotherapy*, 2:292-299.

- BION, W. R. (1956) Development of schizophrenic thought. In: *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Aronson, pp. 36-42.
- (1962a) *Learning From Experience*. New York: Basic Books.
- (1962b) A theory of thinking. In: *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Aronson, pp. 110-119.
- BIVEN, B. M. (1982) The role of the skin in normal and abnormal development, with a note on the poet Sylvia Plath. *International Review of Psycho-Analysis*, 9:205-228.
- BOYER, L. B. (1983) *The Regressed Patient*. New York: Aronson.
- (1986) Technical aspects of treating the regressed patient. *Contemporary Psychoanalysis*, 22:25-44.
- (1989) Countertransference and technique in working with the regressed patient: Further remarks. In: (Eds.) Boyer, L. B. and Giovacchini, P. L., *Master Clinicians Working with Regressed Patients*. Northvale, N. J.: Aronson, 303-324; and in *International Journal of Psycho-Analysis*, 1990, 70:701-714.
- CACHARD, C. (1981) Enveloppes de corps, membranes de rêve. *L'évolution Psychiatrique*, 46:847-856.
- ELLENBERGER, H. (1954) The life and work of Hermann Rorschach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 18:173-219.
- FENICHEL, O. (1929) The dread of being eaten. *International Journal of Psycho-Analysis*, 10:448-450.
- FREUD, S. (1886) Hypnotism and suggestion. *Collected Papers*, 5:11-24. London: Hogarth Press.
- (1900) The interpretation of dreams. *Standard Edition*, 1953, Vols. 4 and 5. London: Hogarth Press.
- (1907) Delusions and dreams in Jensen's *Gradiva*. *Standard Edition*, 1959, 9:3-144. London: Hogarth Press.
- FROSCH, J. (1976) Psychoanalytic contributions to the relationship between dreams and psychosis - A critical survey. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 5:39-63.
- GARMA, A. (1969) Present thoughts on Freud's theory of dream hallucination. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50:486-494.
- GRINBERG, L.; APTER, A.; BELLAGAMBA, H. F.; BERENSTEIN, I.; DE CEREJIDO, F.; FAIGON, D.; DE FAILLA, I. S.; GARFINKEL, G.; KALINA, E.; LICHTMAN, A.; LIENDO, E. C.; RALLO, JOSÉ AND SAPOCHNIK, L. (1967) Función del soñar y clasificación clínica de los sueños en el proceso psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, 24:749-789.

- GROTSTEIN, J. S. (1987) Making the best of a bad deal: on Harold Boris's "Bion Revisited." *Contemporary Psychoanalysis*, 23:60-76.
- ISAKOWER, I. (1938) A contribution to the patho-psychology of phenomena associated with falling asleep. *International Journal of Psycho-Analysis*, 19:331-345.
- JONES, E. (1953) *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. 1. New York: Basic Books.
- KERN, J. W. (1987) Transference neurosis as a waking dream: Notes on a clinical enigma. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35:337-366.
- KLEIN, M. (1928) Early stages of the oedipus conflict. *International Journal of Psycho-Analysis*, 9:167-180.
- (1932) *The Psycho-Analysis of Children*. 4th Edition. London: Hogarth Press.
- (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27:99-110.
- (1955) On identification. In: *New Directions in Psychoanalysis*. Eds.: Klein, M., Heimann, P. and Money Kyrle, R. E., New York: Basic Books, pp. 309-345.
- LACOMBE, P. (1959) Du rôle de la peau dans l'attachement mère-enfant. *Revue Française de Psychanalyse*, 23:83-102.
- LEWIN, B. D. (1932) Analysis and structure of a transient hypomania. *Psychoanalytic Quarterly*, 1:43-49.
- (1946) Sleep, the mouth and the dream screen. *Psychoanalytic Quarterly*, 15:419-434.
- (1950) *The Psychoanalysis of Elation*. New York: Norton.
- (1955a) Clinical hints from dream studies. *Bulletin of the Menninger*, 19:73-85.
- (1955b) Dream psychology and the analytic situation. *Psychoanalytic Quarterly*, 24:169-199.
- DE LOISY, D. (1981) Enveloppes pathologiques, enveloppes thérapeutiques (le packing, thérapie somato-psychique). *L'évolution Psychiatriques*, 46:857-872.
- MCDUGALL, J. (1989) *Theaters of the body. A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. New York: Norton.
- MELTZER, D. (1983) *Dream Life*. London: Clunie Press for the Roland Harris Trust Library.
- DE M'UZAN, M. (1976) Countertransference and the paradoxical system. In: *Psychoanalysis in France*. Eds.: Lebovici, S. and Widlocher, D. New York: International Universities Press, pp. 437-451.

L. BRYCE BOYER

- OGDEN, T. H. (1986) *The matrix of the mind*. Northvale, N. J.: Aronson.
- (1989) *The Primitive Edge of Experience*. Northvale, N. J.: Aronson.
- ROSENFELD, D. (1984) Hypochondriasis, somatic delusion and body schema in psychoanalytic practice. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65:377-388.
- (1989) The notion of a psychotic body image in neurotic and psychotic patients. In: Boyer, L. B. and Giovacchini, P. L. (eds.) (1990) *Master Clinicians on Treating the Regressed Patient*. Northvale, N. J.: Aronson.
- ROSENFELD, D. (1992) *The Psychotic Aspects of the Personality*. London: Karnac Books.
- ROSENFELD, D. AND PISTOL, D. (1986) Episodio psicótico y su detección precoz en la transferencia. Paper presented at the XVIth Latin American Psychoanalytic Congress, Mexico City, July.
- SEGAL, H. (1981) The function of dreams. In: *The Work of Hanna Segal*. New York: Aronson, pp. 89-97.
- VOLD, J. M. (1910-1912) *Über den Traum. Experimental-Psychologische Untersuchungen*. 2 vol. Leipzig: J. A. Barth.
- WINNICOTT, D. W. (1965) *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.

Traducido por Alicia Castro.

Descriptores: Contratransferencia. Sesión psicoanalítica.
Sueño. Transferencia.

L. Bryce Boyer
3021 Telegraph Avenue
Berkeley CA 94705
U.S.A.