

Sobre el soñar en los pacientes psicósomáticos

Oscar Alfredo Elvira

INTRODUCCION

Esta comunicación es el producto de una reflexión sobre el funcionamiento de los pacientes habitualmente llamados psicósomáticos, los cuales tienden a mostrar su conflictiva emocional ligada a afecciones corporales. Lo que deseo discutir es si estos pacientes pierden la capacidad de soñar o de recordar y eventualmente llevar sus sueños como material a sesión.

Cuando Freud rescata el valor del soñar como un acto plenamente psíquico y ligado a la sexualidad reprimida, da un salto copernicano en lo referente a la concepción que se tenía hasta ese momento. En el presente trabajo intentaré rescatar algunas líneas de pensamiento desarrolladas por Freud, con las que luego no prosiguió, aunque nunca dejó de pensar en ellas. Por ejemplo las neurosis actuales. Entre las “*fuentes*” del soñar tuvo en cuenta la corporal, que continuaba su anterior orientación ligada a la Neurofisiología. Como estaba interesado en fundar las bases de su propia teoría sobre los orígenes del psiquismo y rescatarlo del ámbito médico, incluyó otras fuentes que desarrollaré más adelante.

Los aportes de la escuela inglesa, centrados sobre todo en la predominancia del mundo interno, no han soslayado al polo corporal. M. Klein dejó centrado el vínculo que el bebé establece con el cuerpo materno a partir de lo cual enfatizó el mundo de fantasía ligado al mismo. Bion, propuso un aparato mental que podía rescatar las sensaciones corporales y transformarlas en pensamientos.

En nuestro medio Liberman y col. (1986); C. de Bleichmar, N. Bleichmar y H. Etchegoyen (1979), al igual que A. Sirota (1996), han aportado interesantes contribuciones ligadas a la problemática corporal.

LA DISCUTIBLE CUESTION DEL SUEÑO EN LA ENFERMEDAD ORGANICA

En lo referente al soñar, este tipo de pacientes aporta una variedad de fenómenos clínicos que propongo clasificar de la siguiente manera: los que nunca refieren haber tenido un sueño, los que esporádicamente llevan sueños a la sesión y los que habitualmente relatan sueños a lo largo de su análisis. Más adelante ejemplificaré con tres viñetas clínicas. Previamente haré un recorrido por la literatura psicoanalítica que a mi entender hizo aportes interesantes para poder pensar el fenómeno del soñar ligado a lo corporal.

En “La Interpretación...”, Freud recurre a: “*El interés científico por los problemas oníricos...*” (1899, pág. 352) (El resaltado es mío). Rescata cuatro fuentes del sueño: el estímulo sensorial externo (objetivo); el estímulo sensorial interno (subjetivo); el estímulo somático interno (orgánico) y la fuente de estímulos puramente psíquicas. Las tres primeras están más ligadas a lo sensorial, a lo orgánico y la última, a lo plenamente psíquico. Con esto Freud se está acercando a pensar en lo que bordea: la frontera entre lo psíquico y lo corporal.

Freud al introducir estas cuatro fuentes dice que para “la mayor parte de los autores” la “perturbación del reposo”, puede provenir de diferentes fuentes, pero que tanto “las excitaciones físicas como los sentimientos anímicos son susceptibles de constituirse en estímulos oníricos” (pág. 361). En lo que se refiere a la fuente del soñar desde el polo somático, aunque le “ofrece dudas” no deja de reconocer que tiene “influencia” y que la reconoce en “los órganos digestivos, urinarios y sexual” (pág. 481). No deja de señalar “el punto débil” sobre esta fuente. Se funda en dos datos: 1) “diversos estímulos sensoriales (...) no han tenido efecto alguno durante el reposo. 2) “Podemos despertar con objeto de poner fin al estímulo”, pero no deja de registrar un tercer dato: “que el estímulo nervioso nos induzca a la formación del sueño” (pág. 483), aquí es honesto en su exposición, porque no silencia aquellos hechos que pueden cuestionar asertos absolutos obligando a su relativización, lo que quiere refutar.

Avala la fuente somática del sueño, analizando uno propio. Dice que se podría encontrar en el contenido del sueño “*dos clases de fuentes oníricas, las somáticas y las psíquicas*” (pág. 486). Reconoce que en el momento de soñar tenía “*varios forúnculos*”, que funcionaron como resto diurno. Termina concluyendo que: “*Cuando los*

estímulos nerviosos externos y los somáticos internos son lo bastante intensos para conquistar la consideración psíquica proporcionan (...) una firme base de sustentación para la formación de sueños, pues pasan a constituir en el contenido onírico, un nódulo para el que buscaba luego una realización de deseos correspondientes...” y, concluye resaltando el polo corporal, diciendo: “...en cierto número de sueños depende el contenido onírico del elemento somático, e incluso resulta que en este caso extremo es despertado, a los fines de la formación del sueño, un deseo no actual” (pág. 490).

En sus “Conferencias” (1916), puntualiza que “*hay sueños claros y precisos*”, pero que también “*es posible pensar algún otro tipo de sueños (...) más ligados a lo visceral, a las sensaciones*” (pág. 76). Piensa que: “*No importa evidentemente, qué sea lo que perturba el dormir e incite al alma a soñar*” pero no descarta que “*los órganos internos*” (págs 85/6) tengan un papel. Dice que “*no queremos desconocerlo, la tesis de que los sueños derivan de un estímulo corporal es apoyada por un número considerable de buenas experiencias*” (pág. 86). Varios párrafos más adelante señala: “*...la interpretación sobre la base de un estímulo corporal sigue siendo incierta e indemostrable; no todos los sueños, sino sólo algunos, despiertan la sospecha de que estímulos de órgano han colaborado en su génesis...*” (pág. 86) (El destecado es mío). A los efectos de la presente comunicación deseo rescatar para la clínica psicoanalítica que en “*algunos*” pacientes la base somática de alguna forma está presente en el soñar.

Para Bion (1966) la función-alfa, será la encargada de “*digerir*” a los elementos alfa y transformar a los beta en alfa, en elementos que le permitan a la mente por ejemplo soñar. Tendrán su base en “*impresiones sensoriales*”, éstas “*pueden ser vistas como teniendo algún significado, pero el paciente se siente incapaz de saber cuál es ese significado*” (pág. 38). Por eso, no puede rescatar sus sensaciones más primitivas y transformarlas en un sueño pleno de sentido. Un poco más adelante, se refiere a un paciente que tenía “*funciones alfa defectuosas*”, no podía “*‘soñar’ los acontecimientos inmediatos en el análisis, es decir, transformar impresiones sensoriales en elementos alfa*” (pág. 42).

Bion propone el concepto de *barrera de contacto* como la responsable de mantener la distinción entre consciente e inconsciente y que es de fundamental importancia para la producción de sueños, porque sin ella es imposible registrarlos. Dice “*que se puede esperar que la*

barrera de contacto se manifieste en forma clínica (...) como algo que se parece a los sueños” (pág. 48) (El destacado es mío). Esto último “*algo que se parece a los sueños*” puede ser la manifestación consciente de un paciente que habla en sesión sobre su contractura o su ardor de estómago que sufrió durante la última noche. En este sentido señala: “*El testimonio clínico de la necesidad del lactante de apoyo material y psicológico hace pensar que probablemente el lactante no puede distinguir entre lo material y lo psicológico. En análisis, sin embargo, se puede deducir si la deficiencia fue de cualidad física o psíquica*” (pág. 52). Más adelante retomaré este aporte sobre la importancia de pensar si la deficiencia está en el campo de lo físico o de lo psíquico.

En sus *Seminarios* (1978), Bion retoma el tema de los sueños y de la dificultad para desarrollarlos. Se pregunta “¿*Cuál es la distancia entre ‘no tuve ningún sueño’ y ‘sí, tuve un sueño’? ¿Cuál entre ‘nada’ y ‘todo’? Este tipo de investigación sólo puede ser llevada a cabo por psicoanalistas, que tendrán que inventar sus propios instrumentos. Suponiendo que exista como una mente, que es infrasensorial y ultrasensorial ¿cómo encontrar el instrumento apto para investigarla?*” (pág. 30). A mi entender algunos de los pacientes denominados psicósomáticos, plantean una encrucijada cuando dicen: “yo no sueño”. Pero, pueden describir con una llamativa riqueza de palabras, sus dolencias físicas. ¿Cómo rescatar a la sensación, para que devenga pensamiento? En este sentido Bion señala: “*En toda sesión analítica debemos preguntarnos por qué creemos que hay una personalidad allí donde está el cuerpo*” (pág. 29). Esto es de crucial importancia al abordar psicoanalíticamente este tipo de pacientes.

Bion (1988), dice que: “*La función alfa, es la función por la cual las impresiones sensoriales se transforman en elementos capaces de ser acumulados para ser empleados en el sueño y en otros pensamientos*” (pág. 20). Es interesante lo que plantea, “*por ejemplo, si un paciente se queja de que tuvo un dolor en la pierna, ¿debemos suponer, dentro del marco adecuado, que él soñó que tenía un dolor en la pierna o deberíamos pensar que algunas veces el contenido manifiesto de un sueño consiste en una serie de dolores antes que una serie de imágenes visuales que han sido verbalizadas y conectadas en una narración?*” (pág. 44).

Son muy interesantes estos aportes e interrogantes que Bion se (y nos) plantea, con estas formulaciones de las que en la medida de lo posible intentaré dar cuenta más adelante.

Posteriormente a estos trabajos, en nuestro medio Liberman y colaboradores (1986), han podido proponer interesantes aportes con los fenómenos ligados a lo corporal y en especial a lo relacionado con el soñar. Allí señalan: *“El síntoma conversivo supone un aparato psíquico con capacidad simbólica y puede leerse como un símbolo onírico. En la conversión el cuerpo es tomado como la pantalla de un sueño. Las conversiones pueden concebirse como sueños que en lugar de ser soñados pasaron a ser dramatizados en el cuerpo”* (pág. 47). Los autores presentan en este párrafo una interesante forma de pensar el sueño, desde los fenómenos conversivos plenos de significación psíquica, no deja de llamarnos la atención como intentan pensar al fenómeno ligado al soñar, traído como una *dramatización en el cuerpo*”.

C. de Bleichmar, N. Bleichmar y Etchegoyen (1979), plantean que la verbalización de sueños en sesión por parte de pacientes con afecciones en la piel, es un intento de buscar *“una superficie de contacto entre paciente y analista”*. Tiene que ver con la búsqueda de construir un espacio interno donde poder albergar sus objetos. Ligan estas características a la coexistencia de fenómenos ligados a la identificación adhesiva, por la búsqueda de darle una coherencia a su personalidad, fracasada frente a las primeras experiencias con la madre que resultaron fallidas.

A. Sirota (1996) ha hecho importantes contribuciones para poder pensar el sueño como la búsqueda del Yo de construir su autoimagen. Piensa que ésta se da si existe una organización psíquica que le permita elaborarla. Las deficiencias estarían ligadas a un montante de angustia, que no le permite al Yo de la vigilia, alcanzar al Yo durmiente, para transformarse en Yo soñante y luego en Yo soñado. Algunos casos clínicos están ligados al propio rechazo de la autoimagen corporal, frente a otra muy idealizada y en otros casos a alteraciones del esquema corporal.

VIÑETAS CLÍNICAS

Juan (57 años), cuenta en su entrevista de admisión en el hospital: *“me manda el gastroenterólogo porque tengo una úlcera”*. A lo largo de las primeras entrevistas y de su psicoterapia fueron apareciendo una serie de eventos de su vida, los cuales no estaban suficientemente historizados. Acontecimientos de su vida emocio-

nal, aparecían como ligados a vicisitudes de otra persona más que de sí mismo. Repetía a lo largo de las sesiones con un tono monocorde, sucesos importantes de su vida afectiva, en cuanto a lo relacionado con su esposa, sus hijos o el trabajo. Intentaba teñir cada sesión, de un clima emocional frío y distante. Su mirada demostraba otra cosa, estar sumamente interesado en cómo yo recibía lo que me transmitía. A modo de ejemplo de esta forma de manifestar los sucesos de su vida, fue el referido a un hecho de su historia: a los siete años había emigrado de la casa de sus padres, ubicada en un país limítrofe, a una provincia de nuestro norte argentino donde residía una hermana mayor. Allí pudo terminar sus estudios primarios. No manifestó ningún tipo de dolor relacionado con el alejamiento de la casa de sus padres, de su medio ambiente y de sus amigos.

A los efectos del presente trabajo, haré un recorte de un aspecto que traía permanentemente a las sesiones (una por semana). Luego de algún tiempo de tratamiento, pude darme cuenta que era habitual, al comienzo de la sesión, que hiciese alguna referencia a cierto malestar corporal que había experimentado al despertar. Podía ser una cierta acidez estomacal, tortícolis, calambres o dificultades para conciliar el sueño. Poco a poco fui preguntando e indagando en estos “malestares”: parecía por los gestos de su expresión facial, que le agradaba o le llamaba la atención que me interesase en esa dirección. No había traído nunca un sueño; estos “malestares”, sumados a sus síntomas corporales, invadían toda la sesión. Poco a poco pudo empezar a traer conflictos laborales o familiares, los cuales eran interpretados directamente. Esto le permitió comprender que existía la posibilidad de pensar lo que le ocurría desde otro vértice.

El “trabajo” psicoterapéutico comenzó a centrarse en su vida emocional. Contó que había muerto su hermana, la que lo había cuidado en su infancia y relata que “*éste fue un golpe grande*”. Tomé después del primer mes de tratamiento mis vacaciones de verano. En la primera sesión posterior a las mismas, me preguntó cómo me fue y dijo a continuación:

P: Ando otra vez con problemas del estómago, ando con poco trabajo. Ya no duermo bien. Duermo, pero no descanso.

A: Tal vez el poco trabajo tiene que ver con que no puede recordar sus sueños.

P: No, a veces sueño y no los recuerdo... muy pocas veces lo recuerdo... ese problema lo tuve siempre.

A: *¿Por qué piensa que no recuerda sus sueños? ¿Se le ocurre algo?*

P: *Es que no me acuerdo, y no sé por qué me pasa eso, se me borra, sé que soñé, pero no recuerdo qué soñé.*

A: *Pero sí recuerda sus molestias durante la noche o cuando despierta.*

P: *Sí, eso me es fácil recordarlo.*

Retomé el trabajo analítico, resaltando estos aspectos, sin dejar de tener en cuenta ciertas situaciones de su vida cotidiana que traía a su psicoterapia y que eran interpretadas en referencia a su mundo interno.

Un mes más tarde relata lo siguiente: *“Me dijo la doctora, que me tengo que operar de la hernia (...) ando un poco mejor”*. Hacia la mitad de la sesión dice lo siguiente: *“Mi señora está terminando la secundaria y se le complica bastante porque es acelerado. Por eso tal vez no me va a poder acompañar (a su país de origen). Vamos a salir en este feriado largo. Otra cosa es que soñé a mi hermana, es como que está viva. Hablé con ella. Ella en la casa tiene un cerco de madera y me dijo, ‘decile a Nicanor (mi hermano que es pintor), decile que vaya a pintar el cerco’. Cuando me desperté me agarró una gran alegría, porque nunca me acuerdo de los sueños”*.

Por primera vez había podido recordar un sueño, éste fue un momento de suma importancia en su psicoterapia, porque unía dos aspectos de su mente, el ligado a sensaciones corporales durante el dormir y el ligado a imágenes mentales, referidas a personas relevantes de su vida cotidiana.

Pablo (27 años) es un paciente que se encuentra trabajando sobre sus dificultades de erección y de identificación masculina, concurre a su tercera y última sesión semanal; llega tarde veintidós minutos y hace varias referencias sobre lo que le había costado despertarse ese día.

P: *Hoyme pasó algo que no me ocurría desde hace mucho tiempo, me desperté tarde y no sabía qué día era. Me desperté y seguí durmiendo y dije hoy es sábado. Hasta que me desperté de nuevo y dije no, hoy es viernes, llegué tarde a la oficina, me sentía mal, dormí en una mala posición. Estuve durante el día con náuseas y mareos, hasta la tarde. Traté de estirar un poco el cuello, como para elongar, se ve que me hizo bien, se me pasó.*

Le pregunto si se le ocurre asociarlo con algo, me dice que no. Le pregunto qué se le ocurre con el cuello, las vértebras cervicales, los

mareos o las náuseas, recibo respuestas evasivas y como descartándolas, hasta que le señalo que tal vez soñó y no recuerda el sueño, a lo cual responde:

P: *Hum...(Silencio) sí, sabe que me desperté y recuerdo parte del sueño.*

A: *¿Qué recuerda de esa “parte”?*

P: *No sé, estaba yo y había una mina espectacular al lado mío, era un lugar que se movía, era una lancha, no lo tengo claro...pero era... una mujer con un cuerpo impresionante, muy llamativa...*

Como se ve *Pablo* relata al comienzo de la sesión un malestar corporal, y posteriormente recordó un sueño pleno de asociaciones.

Carlos un paciente que está a punto de morir; tiene una amiloidosis, producto de más de veinte años de medicación contra su artritis reumatoidea. Cuando se le diagnosticó la amiloidosis, tuvo una plena conexión con sus afectos y la gravedad de la dolencia, que conocía porque era un profesional ligado a la medicina. Transcurría su séptimo año de análisis cuando tuvo lugar el material siguiente:

P: *“Bueno hoy necesitaba venir como nunca, estoy mal, aterrizado, echo mierda, tengo el hígado aumentado de tamaño, el bazo también (...) aparentemente lo que tengo es una amiloidosis, cosa que me jode terriblemente, es una enfermedad del tejido conectivo... todos los cushing terminan en un problema del riñón y esto termina en una complicación renal y termina en diálisis, esto no se lo comenté a nadie hasta ahora...”.*

Vemos cómo el paciente estaba plenamente conectado con sus experiencias emocionales y podía hacer una plena referencia a sus emociones. En los últimos días de su vida, relató los dos siguientes sueños cuando lo habían internado en terapia intensiva durante la noche.

“Yo me enteré hoy de lo que había pasado anoche...soñé mucho desde ayer, fueron sueños terribles, en uno iba a Bariloche, subía en un ascensor a un cerro nevado, llegaba a un lugar con árboles humanos o había dos humanos, transformados en árboles, no tenían brazos, ni eran una estructura humana. Era como que le habían cincelado la boca y los ojos, pero sin brazos. Estaba yo solo con esos

dos seres y me pegué un gran cagazo, quería correr y no había nadie. No sé cómo, pero me preguntaban por mi nombre, ahí volvió el ascensor y ellos subieron conmigo, yo estaba muy asustado, pero no se los quería demostrar. Hablaban y me decían: 'Y Carlitos, ¿cómo estás?', como con sorna, porque sabían de mi temor. Ellos estaban ahí solos, vaya a saber desde cuánto tiempo. Yo dije, me hago el boludo. ¿'A qué Carlitos le hablan, a mí'? les pregunté. 'Sí, a vos no te hagas el tonto, me contestan y se ríen...'".

Mientras estaba en terapia intensiva, me cuenta que se murió una paciente en la cama de al lado y todo lo que pasó por su mente. *"La cosa es que se murió y me hizo mierda. Luego soñé, yo no sé si era un sueño, que la vida es una escalera, redonda, descendente, que hay que pasar determinados temas, pasaba la cabeza bien, seguía para abajo y no recuerdo en qué momento, me desperté. Sueño de sueño, dije, esto es un sueño y volvía a la casa grande, original, dije: '¡A la mierda, esto es un sueño!' Yo me despertaba y me decía esto es soñar, acabo de tener un sueño, quiere decir que dormí. Uno de los sueños, era que se formaba una piel para adentro y crecía el mundo. Yo, me despertaba y decía, yo soy parte del mundo, tenía miedo de estar creando mi propia piel, para mí. Yo dije, necesito hablar con Oscar, no sabía si era un sueño o era realidad, saber dónde está la diferencia...yo me desperté y decía: esto es dormir, porque soñé, dentro de un gran sueño, hubo sueñitos, que me asustaron mucho".*

En esta última viñeta clínica, se puede pensar cómo el psiquismo humano labora hasta el último momento y, cómo el sueño es un magnífico recurso para tan arduo trabajo donde se condensan el amor, el odio, ligados a lo incognoscible de la muerte, tal vez lo inabordable y, por otro lado, la búsqueda de darle una significación mental.

A MODO DE CONCLUSION

Parafraseando a Freud, el *"problema"* de algunos pacientes con alteraciones orgánicas comprobables, habitualmente denominados psicossomáticos, presentan dificultades con el dormir y sobre todo con la producción de sueños.

Esto lo fui captando en una amplia gama de pacientes. Algunos de

ellos solicitan una psicoterapia. Otros, en razón de haber “sido enviados” por algún médico, reconocen que no vienen para tomar contacto con sus propios conflictos por una necesidad propia. Se presentan como amplios reconocedores de sus síntomas corporales, pero asintomáticos en el plano psíquico. Parecieran estar más interesados en que me ocupara de su organicidad y no de las consecuencias que ésta les acarrea en su vida cotidiana.

En estos últimos, las sesiones parecieran estar destinadas a una descripción monocorde, desafectivizada de sus síntomas orgánicos, sin poder tomar contacto con que esto les ocurre a ellos; más allá de ese cuerpo sufriente que les pertenece, hay aspectos importantes de su vida que parecieran quedar de lado.

Retomando mi propuesta inicial, cuando comencé a tomar contacto y dirigir mi atención a estas descripciones monocordes, empecé a comprender que se teñían de cierta afectividad cuando me contaban o intentaban relatarme ciertas molestias, que aparecían durante la noche. Si este fenómeno es registrado y trabajado por el analista, puede llevar a la construcción de un sueño.

Habermelo detenido en estos relatos, me condujo a una nueva versión del conflicto: lo corporal empezaba a semantizarse y alejarse de las leyes de la biología, para comenzar a centrarse en el polo del conflicto psíquico.

Pude empezar a preguntar e interrogar sobre estas molestias, ligadas a calambres, ardores estomacales, cefaleas, tortícolis, etc. Comencé a comprobar que los pacientes podían empezar a hablar y describir estas producciones nocturnas.

Asimismo, tomé en cuenta que la gama de pacientes que presentaban estas características, estaba integrada sobre todo por la de aquellos que nunca habían traído un sueño a la sesión.

Entonces, decidí pedirles asociaciones, les pregunté si se les ocurría pensar algo ligado a estos “malestares nocturnos”. Comprobé que en un número considerable de ellos, esto los sorprendía, parecían al comienzo mostrarse resistentes, pero poco a poco se tornaban colaboradores para desarrollar algún tipo de asociaciones.

Esta estrategia, fue tomada del modelo de las asociaciones que habitualmente les pedimos a los pacientes, cuando nos traen un sueño. Empecé a pensar, apoyado en las teorías que antes describí, que esto que ellos me contaban era una especie de sueño frustrado, porque no había imágenes mentales, pero que sí tenían como característica distintiva el tratar de mostrarme plásticamente una

serie de sensaciones corporales que no podían ser plasmadas en un sueño.

La fuente orgánica del sueño descrita por Freud, me sirvió de brújula inicial. Pensé que lo que los pacientes me relataban, tenía como meta la búsqueda inconsciente de poder transformar el malestar corporal en un sueño. Comencé así a darme cuenta de que tenían un cierto temor a dormir porque no contaban con un guardián, que es el soñar.

Así, pude comprobar que si me ofrecía en el vínculo analítico ligado a la relación transferencia-contratransferencia, como un objeto continente de estos contenidos corporales, relatados por el paciente, luego de algún tiempo el sueño tenía lugar y que el sujeto experienciante podía centrar la problemática que traía a sesión más en el terreno de lo mental que de lo corporal. Mis intervenciones estaban dirigidas a crear un espacio interno, que les posibilitara el poder registrar y transformar en pensamiento estos síntomas ligados a lo corporal.

Esto es lo que intenté graficar con la viñeta clínica de *Juan*. El, poco a poco, pudo comenzar a pensar y a asociar todo aquello que se le ocurría ligado al malestar que lo había tenido muy ocupado durante la noche. El “cerco” del sueño, tal vez entre otras cosas esté referido a sentirse aislado. Daría cuenta de un Yo que se ocupa más de inhibir la cantidad, que de dar cuenta de la cualidad. Se trata de un Yo que no puede expandirse más allá del registro sensorial, que de alguna forma lo conduce a una cierta muerte psíquica. Tal vez el “cerco” está relacionado con el contenido manifiesto del sueño, denunciado a través de los síntomas corporales, por una falta de espacio interno, ligado a sus conflictos de rivalidad, celos y triunfo omnipotente con la hermana muerta.

“*La cerca*” soñada por el paciente, es la prueba del intento de construcción intrapsíquica de una “piel”, que le permita construir un mundo interno y desde allí, en contacto emocional con el analista que se ofrece como continente a los contenidos que van desde el plano de las sensaciones corporales a las elaboraciones psíquicas más abstractas, le permitan mentalizar aquello que hasta el momento ha permanecido ligado a lo corporal. Sería el pasaje desde un Yo Primitivo de Placer Purificado a un Yo de Realidad, rescatando al Yo corporal, que se ha ido formando a partir de primeras huellas ligadas a sensaciones e impresiones corporales, diferenciándose del Ello. En la línea propuesta por Sirota, sería que el Yo de la vigilia, no quede subsumido por

la angustia frente al dormir y que pueda surgir el Yo soñante y luego recordar el sueño vía el trabajo del Yo soñado.

Haber podido por mi parte tomar contacto con esta particularidad del sueño no soñado por el paciente de la primera viñeta clínica, me permitió acercarme a poder entender lo que le estaba pasando a *Pablo*, que a pesar de sus desarrollos psíquicos más ligados a la neurosis y por lo tanto con una capacidad mayor de simbolización, aparecían ciertos aspectos de su mente como betalizados (en el sentido de los elementos beta propuestos por Bion), lo que hacía imposible transformarlos en sueños pasibles de ser relatados. Cuando lo invité a asociar libremente y luego le dije que tal vez había estado soñando, pudo ligar rápidamente con el sueño que había tenido. Sueño que por otro lado, remitía a su conflicto con su identificación sexual y que también permitía acercarse a pensar su rivalidad con la madre, la envidia frente a los contenidos corporales de ésta y su necesidad de incorporar el pene de su padre, como modelo identificadorio masculino.

El material de *Carlos*, permite pensar cómo el sueño es el guardián del dormir y también en este caso particular de un mejor vivir. Frente a la proximidad consciente de la muerte, porque le permite al paciente representar plásticamente sus angustias más profundas frente a la propia muerte.

Tal como nos señalara Freud y luego sus seguidores, el sueño cumple una importante función metabolizadora de conflictos psíquicos, ligados a deseos no realizados y reprimidos, pero que también se ofrece como “camino regio” para acceder a la transformación desde el polo corporal al plenamente psíquico. En mi opinión se podría pensar lo que Freud denominó *fuentes orgánicas*, como un importante instrumento teórico para explicar una forma especial de soñar. La presente comunicación ha tenido como motivo central, poder rescatar la experiencia clínica y ponerla en diálogo con la teoría y con la técnica psicoanalítica, para poder tomar contacto con los avatares que nuestra profesión cotidianamente nos plantea.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. R. *Aprendiendo de la experiencia*. Ed. Paidós, Bs. As., 1966.
— *Seminarios de psicoanálisis*. Ed. Paidós, Bs. As., 1978.
— *Elementos de psicoanálisis*. Ed. Hormé, Bs. As., 1988.
BLEICHMAR, C. LEIBERMAN DE; BLEICHMAR, N. M. Y ETCHEGOYEN, R. H.
(1979) II Simposio y Congreso Interno: "El paciente; el analista y los Sueños", APdeBA, Bs. As., *Libro de Actas*.
FREUD, S. (1899) La interpretación de los sueños. B.N., Tomo I, Madrid, 1973.
— (1916) Conferencias de introducción al psicoanálisis. Amorrortu Editores, Bs. As., 1987.
LIBERMAN, D.; GRASSANO DE PICCOLO, E.; NEBORAK, S.; PISTINER DE C., CORTIÑAS, L. Y ROITMAN DE WOSCOBOINIK, P. *Del cuerpo al símbolo*. Editorial Trieb, Bs. As., 1986.
SIROTA, A. La autoimagen onírica. *Revista de A.C.P.A.*, Coloquios de la clínica, Nº 2, 1996, Argentina.

Trabajo presentado: 5-4-2010

Trabajo aceptado: 7-5-2010

Oscar Alfredo Elvira
Lavalle 3643, 4º "F"
C1190AAS, Capital Federal
Argentina

E-mail: oaelvira@hotmail.com