

EL "SABER-HACER-AHÍ-CON" EL SUEÑO PSICÓTICO

Alejandra Manríquez Pérez

Licenciada en psicología certificada por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Maestranda en Psicoterapia Psicoanalítica por parte del Colegio Internacional de Educación Superior (CiES). Consulta privada.

Recepción: 21 diciembre 2024/ Aceptación: 30 mayo 2025

RESUMEN

La función del sueño ha tenido un amplio desarrollo dentro de la teoría psicoanalítica. Algunas contribuciones respecto el trabajo del sueño en pacientes neuróticos han originado el interés por el proceso que se desarrolla en la función onírica depositada en el paciente psicótico. Tal recorrido permite al psicoanalista instruirse sobre la funcionalidad del contenido y la posición que este debe tomar respecto a ellos. La historicidad de la psicosis es amplia, no obstante, desde su génesis se han encontrado dificultades tanto en su fundamento como en su abordaje, lo que ha provocado un avance tardío, pero hoy en día, es posible reunir la experiencia onírica neurótica con la psicótica para encontrar así, un punto de encuentro respecto a su funcionalidad dentro de la clínica.

PALABRAS CLAVE: delirio, psicoanálisis, psicosis, sueño, transferencia.

SUMMARY

The dream function has had a wide development within psychoanalytic theory. Some contributions regarding the work of the dream in neurotic patients have originated the interest in the process that develops in the oneiric function deposited in the psychotic patient. Such a path allows the psychoanalyst to learn about the functionality of the content and the position it should take with respect to them. The historicity of psychosis is wide, however, since its genesis it has encountered difficulty both in its foundation and in its approach, which caused a late advance, but today it is possible to bring

together the neurotic and psychotic oneiric experience in order to find a meeting point regarding its functionality within the clinic.

KEY WORDS: delirium, dream, psychoanalysis, psychosis, transference.

RÉSUMÉ

La fonction onirique a été largement développée dans la théorie psychanalytique. Certaines contributions concernant le travail du rêve chez les patients névrosés ont conduit à un intérêt pour le processus qui se développe dans la fonction onirique déposée chez le patient psychotique. Un tel parcours permet au psychanalyste d'apprendre la fonctionnalité du contenu et la position que le psychanalyste doit prendre par rapport à lui. L'historicité de la psychose est large, cependant, depuis sa genèse, elle a rencontré des difficultés tant dans son fondement que dans son approche, ce qui a provoqué une avancée tardive, mais aujourd'hui il est possible de réunir l'expérience onirique névrotique et psychotique afin de trouver un point de rencontre concernant leur fonctionnalité au sein de la clinique.

MOTS CLÉS : délire, psychanalyse, psychose, rêve, transfert.

INTRODUCCIÓN

Para Lacan la expresión francesa “savoir faire”, desarrollada en el seminario 24, dictado en 1977, hace referencia a un saber hacer por medio del método, lo cual implica el uso de técnicas y teórica transmisibles, esta noción fue trabajada por el autor a “savoir faire avec”, la cual se traduce como saber-hacer-ahí-con, y se refiere a un saber producido por medio de la habilidad del analista supliendo alguna falla del método [1].

Tal propuesta permite distinguir lo imperativo que resulta internarse en espacios donde la luz languidece, siendo responsabilidad del analista propiciar herramientas advenidas de su experiencia para encontrar claridad ahí, donde la oscuridad prima. En consecuencia, la elaboración del texto pretende responder a la función del sueño en pacientes con estructura psicótica, explorando el vínculo onírico acotado al “savoir faire

avec” del analista. Entre el saber teórico y el hacer práctico que se describen aquí, se desea lograr una nueva perspectiva que ayude a re-pensar la clínica de la psicosis.

A través de los sueños y de su constante autoanálisis, Freud [2] consiguió la constitución de su doctrina, a partir de aquellas indagaciones el autor nos dejó un importante legado teórico que abarcó también el quehacer psicoanalítico. Por ende, la actividad de reflexión vinculada al saber teórico, posibilita la ejecución del analista respecto a la clínica, estando autorizado al abono del hallazgo, oculto dentro de la consulta. La bastedad que implica el caso por caso da utilidad al analista para fundar sus propios conocimientos, y si se requiere, de su propia teórica, tal es el caso de Paul Federn [3], fiel acompañante de Freud durante gran parte de su vida, cofundador de la sociedad psicoanalítica de Viena y médico sumamente interesado en un aspecto dificultoso para el dispositivo analítico: la psicosis. El aporte central de nuestro autor [3] reside en el sentimiento del yo con sus usos y alcances, de los cuales se tomará su abono en el ámbito onírico, que curiosamente, fue el campo ideal donde tuvo desarrollo su pensamiento.

El recorrido teórico que se afirma en nuestro texto, buscaría producir una suerte de contribución respecto a la enumeración de las fases oníricas que puede tener paso el paciente psicótico, con ello se busca detectar en el desarrollo del sueño la ubicación de la enfermedad psicótica. Es interesante, como dentro de la descripción onírica es posible divisar tanto la ubicación de la gravedad de la enfermedad, como el quehacer dentro de la clínica para que aquello nos indique la construcción del tratamiento. Nuestro texto, busca develar, a raíz de una revisión teórica de varios pacientes psicóticos, el inicio, progreso y ulterior descenso de la enfermedad. La ubicación que esto le concede al analista es de suma ayuda para el quehacer clínico y a la vez se colabora en un mejor abordaje para el tratamiento de las psicosis.

DESARROLLO

Cuando nos internamos en el caso Schreber, [4] es posible distinguir por medio de la presentación de contenido onírico, dos momentos centrales que nos indican tanto la advertencia de la enfermedad como la eclosión en sí del brote psicótico. En primer

lugar, el enfermo nos reseña que antes de su recaída experimentó *varias veces* el mismo sueño, donde el contenido aludía a que había reaparecido su enfermedad nerviosa, sintiendo alivio al despertar, de que solo fuera un sueño [4]. En un segundo momento describe un sueño que lo empuja al desencadenamiento, "Una vez, de mañana temprano, cuando estaba tendido en la cama (*no recuerdo si semidormido o despierto ya*), tuve la sensación ... de que tenía que ser muy grato ser una mujer que es sometida al coito" (84) [4]. El primer sueño hace una advertencia a Schreber del regreso de su enfermedad, y el segundo adquiere el estatuto de elemento fundamental que lo lleva a la introducción del delirio, puesto que antes de mencionar el contenido del sueño, hace referencia a una confusión entre la ensoñación y la realidad, factor fundamental para la ubicación, ya sea de la eclosión delirante o de la permanencia del delirio.

Por otro lado, Lacan, en su tesis que lo doctoró como psiquiatra en 1975, describe el caso Aimée, donde:

La enferma ve en sueños a su hijo ahogado, asesinado y raptado ... Cuando despierta, se halla en un estado de ansiedad extrema. Está en verdad esperando de un momento a otro el telegrama en que se le va a decir que la desgracia ya ha ocurrido (148) [5].

Es evidente que, en este momento de la enfermedad, Aimée se encontraba atravesada por su delirio y era incapaz de cuestionar la diferencia entre los estados oníricos y de vigilia. Por lo tanto, parece posible ubicarse, dentro del caso [5], una etapa donde ambas realidades se vean afectadas y por lo tanto mezcladas, ya que el paciente psicótico, en tanto sujeto al delirio, se ve desprotegido por la incapacidad de discernimiento entre la realidad externa y la onírica. Federn, en 1984, reflexionó en la particular relación existente entre el extrañamiento, (normal/patológico), y la vida onírica, proponiendo que "el soñante es pasivamente subyugado por el sueño" (85) [3], explicando que los pacientes que padecen extrañamiento, responden a una cualidad de ajenidad, sin embargo, si depositamos tal reflexión en el paciente psicótico, él, pasa de largo ante la duda y mantiene la continuidad del contenido onírico fuera del sueño, ahora bien, si recordamos que Freud [2] nos enseña que el sueño se plantea como un

cumplimiento de deseo, podemos discernir que el soñante psicótico es subyugado por el sueño, pero en realidad, tanto el soñante como el sueño son subyugados por el delirio. De este modo, se distingue que en la clínica de la psicosis el delirio hace del sueño una pieza fundamental para que el recorrido delirante se refuerce, el delirio parece perturbar el contenido del sueño volviéndolo un aliado, reinventando la idea delirante por medio de una potente idea alucinatoria, que es el sueño, dando lugar a que participen en la ulterior elaboración delirante, colaboran con elementos que la despliegan ayudando a reforzarla en el despertar. Hasta aquí parece crucial ubicar que el paciente no logre discernir entre realidades, logrando visibilizar la importancia de escuchar la actitud respecto del contenido onírico en el despertar, puesto que, será esa posición la que se vuelva determinante para el quehacer clínico. Si el paciente no localiza distinción de realidades se encuentra impedido dentro de una fase delirante.

Por otro lado, Grinberg recupera el fenómeno de Isakower [6] que desarrolla su explicación de los procesos hipnagógicos remitiéndose a una etapa muy temprana del bebé, donde no existe distinción entre su cuerpo y el pecho materno, entonces dichos fenómenos son "representantes del aplanamiento del mundo, ... son un conglomerado de alucinaciones más o menos informes" (191) [6]. Ahora bien, referente a la teoría sobre el sentimiento del yo, Federn, funda la génesis de la restauración de la realidad externa, proponiendo que "Al despertar, el sentimiento del yo se establece de inmediato. ... Se recobra enseguida su certidumbre en cuanto a la continuidad temporal con su pasado y su futuro" (93) [3], tal clarificación, impacta directamente con la mixtura entre delirio y sueño, ya que mientras más gradual sea el restablecimiento yoico, más grave es el trastorno del extrañamiento, como bien lo desarrolla "en casos de despersonalización ... que ven el mundo como en un sueño" (85) [3].

Referidas aquellas dos contribuciones es posible retomar la importancia de la regresión que implica el fenómeno de Isakower [6], puesto que es de gran valía que el autor tenga que retroceder a las etapas primarias del desarrollo humano, para así explicar el soporte de aquellos estados alucinatorios, y que ante una estructura con mayor fortaleza, como la neurosis, es propio que sobrevenga un restablecimiento de la realidad, quedando sólo un vestigio del suceso, lo cual causa un extrañamiento no

patológico, es decir, se identifica una pérdida de familiaridad en lo externo. Sin embargo, la contribución federniana [3] repara en detectar la restauración del sentimiento del yo, lo cual nos permite discernir, cómo sucede el retorno de la realidad en el neurótico, no obstante, cuando hablamos del paciente psicótico se podría hipotetizar, puesto que el autor [3] no llegó a tal consideración, que al no llevarse a cabo tal restablecimiento de la realidad, el psicótico vive sin ella, lo cual permitiría la continuación del contenido onírico en el plano de la vigilia, estropeando también el discernimiento temporal, como se observa en Aimée [5], caso de psicosis paranoica, donde el vestigio del contenido alucinatorio, onírico, converge con el contenido de la realidad, dando pauta a la realización delirante.

Retomemos entonces lo significativa que se vuelve la función onírica en las diferentes temporalidades en que se presenta la psicosis en el sujeto, ya que hemos aprendido, que la función que el sueño adquiere en los diferentes estadios de la afección psíquica, en un primer momento, se asume como una advertencia ante el advenimiento de la enfermedad, y en un segundo tiempo es la introducción a la eclosión delirante, como en el caso Schreber [4] o la personificación de la enfermedad, donde no hay posibilidad de distinción onírica, como se percibe en el caso Aimée [5].

Ahora bien, ¿existe una función que más allá de indicar la eclosión delirante ayude a la elaboración del material onírico, o, esta función se encuentra averiada en la estructura psicótica?

Ya Grinberg, en 1976, nos mostraba su hipótesis con los sueños evacuativos, donde, "la función del soñar aparece también como la evacuación de contenidos psíquicos no tolerados en objetos elegidos como continentes" (197) [6], lo cual aporta una función de descarga, donde el objeto elegido puede ser atacado o preservado sin limitantes. Existen también los sueños mixtos que no solo buscan el espacio de descarga, sino que se introducen elementos que adhieren el sentimiento de culpa y la reparación [6], por último, se encuentran los sueños elaborativos que contienen elementos depresivos [6].

Grinberg [6] comenta que los pacientes psicóticos experimentan en mayor medida sueños evacuativos, y menciona parte de un sueño proveniente de un paciente esquizofrénico que sueña con un avión que esta apunto de descargar una bomba, él trata de encontrar refugio, pero no lo haya, "después de la explosión él no ha muerto, pero descubre en su cuerpo agujeros y zonas podridas" (198) [6]. El autor refiere que el sueño es "una evacuación de contenidos anales explosivos y aniquilantes, con vivencia de destrucción masiva de tipo psicótico" (198) [6]. Ahora bien, el soñante buscaba un refugio, y ante la premura de tal destrucción buscó un continente en sí mismo para ponerse a salvo, pero no lo logra y por ello advierte los daños causados a su cuerpo. Aquí, el autor nos guía aportando que la función de estos sueños son realizar una descarga de ansiedad que se hace por medio de la verbalización y la actuación de la transferencia aún no depositada en el analista. [6]

Por otro lado, ya anteriormente Federn, así como Freud en las neurosis, había logrado percibir el hallazgo de que, también en el paciente psicótico, causa alivio el sólo hecho de hablar en la consulta, ya que la atención concedida por el analista al material recuperado "produce un incremento de la investidura de las fronteras yoicas, que en casos leves basta para abolir el sentimiento de extrañamiento." (87) [3], lo que demuestra la importancia del establecimiento transferencial, sobre todo con paciente de estructuras frágiles como lo son las psicosis, siempre y cuando no se omita la diferencia en su manejo, por ejemplo, Laboronnie recupera el acotar la asociación del paciente, tratando de "no utilizar preguntas demasiado amplias, que habiliten la asociación infinita ...(también) el material acerca de la posición del analizante psicótico que incluso puede ser rechazado decididamente por este ... el analista no deberá insistir" (7) [7].

Respecto a la descarga de contenidos por medio del discurso, en pacientes graves, se ralentiza el proceso y es necesario situar al analista en un lugar de espera, dado que es indiscutible que el primer paso del proceso sea el incremento de investidura en el paciente, esto aumenta su confianza y esto nos confiere su completa entrega tanto en contenidos oníricos como su interpretación afectiva.

Por consiguiente, se dará paso a la relación afectiva del sueño, siguiendo la idea de Meltzer, en García 2014, donde “considera que los sueños dicen la verdad respecto al trato que las experiencias emocionales tienen en las profundidades de la mente” (16) [8]. Tal postulado colorea la situación onírica y da paso a la reconstrucción por medio del analista, sobre indicios de la posición subjetiva en el soñante; esta información es de alto valor ya que por medio de la reconstrucción es probable saber en qué momento se ha instalado la transferencia o, mejor dicho, *se ha aceptado*, debido que la intervención del analista tiene que ver con los cuestionamientos, o, como dijo Labaronnie en 2022, “poner a su alcance los lazos posibles -siempre vía la pregunta- entre sus sueños, y su posición, su historia y sus síntomas.” (3) [7]. Es así que, hasta ahora, se comprende que el consentimiento del paciente psicótico es crucial para que el sueño pueda ser funcional en el consultorio, si no, el sueño se comportaría como una simple descarga afectiva y como una repetición de los síntomas delirantes, que fungen como un intento de reconstrucción que fracasa.

Por otro lado, Stefano Bolognini en 2000 [9], resalta también los vínculos afectivos, pero de una manera distinta, él habla de un tipo de sueños excepcionales en la vida de los pacientes, sueños que tienen por función “hacer posibles nuevas experiencias para el sujeto” (1) [9]. Este tipo de sueños invita al paciente a experimentar la realización de deseo sin ninguna retribución moral, gracias a una suerte de equilibrio entre las instancias psíquicas. Dicha descripción parece que es la configuración del sueño, respecto a la experiencia de expresión que se hace posible en el ámbito onírico, en tanto que, si se recuerda y es posible su enunciación al analista, se puede hacer algo con ello; tal experiencia, da apertura a un nuevo abordaje de ese soñar, donde el propósito es integrarlo con las ideas del paciente y que pueda darse una suerte de elaboración. Así como las instancias psíquicas encontraron un momento de equilibrio [9], es posible deshebrar, más lentamente claro, los elementos significativos y el afecto que los recubre, dando paso a la elaboración onírica, lo cual permite una estabilización del afecto, los contenidos y la regla social, justamente lo que sucede en los sueños de experiencia [9], pero con la guía analítica, ya que la instrucción de Federn, nos enseña que “la presencia de una cualidad afectiva (en los sueños) es un requisito de la normalidad” (80) [3], por ello, tal elaboración onírica, en personas sanas, si se nos

permite el termino, puede darse por pura función del sueño, no obstante, en el campo de las psicosis sucede lo contrario, ya que se debe dar pedagogía al sueño, con especificas instrucciones, para así poder llegar a tal resultado, por ejemplo, Freud en 1938 [10], recuerda un sueño, propio de un caso de paranoia crónica

...tras cada ataque de celos, un sueño anoticiaba al analista sobre su ocasión, figurándola de una manera correcta y por entero exenta de delirio ... (entonces) en el psicótico, el delirio que lo gobernaba durante el día era rectificado mediante el sueño. (203) [10].

Tal hallazgo percibido por Freud parece dar pie a la existencia de una elaboración onírica importante en la psicosis, similar a la propuesta de Bolognini [9], quien desarrolló dicha noción a partir del obsequio de una paciente. El regalo consistía en una caja que guardaba dentro de sí a seis muñecas distintas, acto seguido, la mujer le explica la costumbre popular:

Ubicar las muñecas de noche junto a la cama, contarle a cada una un problema distinto que uno tuviera en ese momento, luego apagar la luz y echarse a dormir. Se decía que durante la noche las seis muñequitas conversarían entre sí... ¡y a la mañana siguiente uno se despertaría con una visión diferente de esos problemas! (3) [9].

La costumbre es fascinante, lográndose entender que entre el acto del dormir y el despertar existe una especie de elaboración, donde el material onírico despliega cierta posibilidad de reflexión o conclusión, así como Bolognini, "establece una confianza básica en la existencia de un proceso elaborativo inconsciente de transformación, que tiene lugar en ausencia del yo central consciente y puede generar cambios sustanciales en la forma en que uno ve las cosas" (3) [9], con ello, devela el valor transformador que tienen los sueños para la vida de los individuos, pues son reparadores no solo a nivel físico, sino también a nivel intelectual y afectivo. La propuesta de Bolognini [9] se centra en dos aspectos importantes, el primero tiene origen antes del evento canónico, que es el sueño transformador, e implica la tranquilidad inmediata ante la descarga de problemas en el otro, y el segundo, tiene cabida después del evento canónico, puesto

que se advierte al despertar y resulta en una noción de equilibrio, herencia del previo acuerdo entre las instancias psíquicas, lo que da paso a una sensación placentera, a un exceso de investidura yoica [9]. En cambio, referente a la contribución federniana [3] que también repara en los requerimientos de las instancias psíquicas dentro de los sueños, percibió diferentes tipos, por ejemplo, y en contraste con el sueño como experiencia [9], descubre el sueño de inhibición

en ellos alcanza expresión un contraste entre el yo y el superyó ... el yo quiere hacer algo; el deseo proviene del ello y a él concurre la voluntad del yo; el movimiento corporal se iniciaría si el yo no se viera forzado, por orden del superyó despertante, a inhibir la ejecución (101) [3].

El sueño descrito por Federn [3] versa en la génesis de la alucinación hipnagógica donde existe inhibición corporal en el soñante con excesiva sensación de angustia.

Por otro lado, Grinberg invita a pensar sobre los sueños que no podemos recordar, descritos por Fisher, donde nos dice que el olvido "podría surgir del hecho de la incapacidad del Yo del paciente para efectuar el pasaje hacia un objeto continente discriminado como externo a él." (199) [6]. En cambio, Federn considera que el carácter evanescente de los sueños es debido a "que el investimento narcisista de las fronteras yoicas del yo psíquico es retirado en forma constante" (64) [3]. Ahora bien, en ambos casos, el hecho de que el paciente psicótico enuncie material onírico, habla de un trabajo previo que ha permitido su paso por la conciencia. Llegados a este punto, es preciso recordar los tres tiempos enunciados por Lucie Cantin en Labaronnie, donde el primer tiempo se desarrolla cuando sueño y delirio se confunden, el segundo tiempo tiene paso la instalación de la transferencia, lo cual permite al analista escuchar entre un sueño y otro, cierta lógica y, el tercer tiempo comienza con la distancia ganada del delirio, pues este ya no es lo principal en el paciente, sino que se pudo dar paso a la elaboración del sueño como centro de la situación analítica. (2-3) [7]

En cambio, cuando hablamos de la función del soñar en el campo de la psicosis, se estima una prolongada situación analítica, ya que mientras se vislumbra la aceptación transferencial en el paciente, es necesario trabajar poco a poco sin incurrir en la

insistencia de alguna temática que pueda causar una desorganización; es ineludible enlazar el contenido onírico con la historización y los síntomas del enfermo, para así obtener las primeras asociaciones de su parte, las cuales nos llevarán a la génesis de la experiencia causante de la organización delirante. Así como muestra Bolognini, citando a Grinberg con sus sueños *elaborativos* donde “mostró la creciente capacidad reparadora del paciente” (5) [6]. Esta aportación es capaz de extenderse al campo psicótico, con la contribución de Cantin en Labaronnie, donde asegura que “los sueños permiten arribar a construcciones que ordenan de una nueva manera los primeros recuerdos ... de la infancia ... pensamientos que han recorrido los pensamientos psicóticos y los actos puestos en escena durante la crisis” (3-4) [7]. También Labaronnie [7] rescata la aportación de Boukhabza en 2012, que archivó todos los sueños de un paciente psicótico y que después de diez años, al revisarlos, pudo darse cuenta de dos situaciones; la primera, es que a medida que el tiempo pasaba las asociaciones del paciente iban aumentando y, la segunda, es que pudo observar una organización de sus sueños a partir de un tema y con base a ello se iba transformando en la escena onírica. Entonces, con esta aportación es posible comprender a los sueños psicóticos como un símil de la función elaborativa de Grinberg [6], con la única condición que, debido a la afectación psicótica, el progreso de la función se perturba dando paso a una operación tardía de su desarrollo, ahora bien, esto sucede por la “desconexión radical (que existe) entre lo inconsciente y lo consciente” (4) [6].

Finalmente, Labaronnie [7] repasa los sueños psicóticos vinculados a situar la dirección de la cura, donde expone uno con la intención de acotar el texto y dar paso a la consideración final, siendo este, el sueño de las voces, donde menciona: “tengo bichos en las orejas, los retiro. Cuando ya no quedan más me despierto.” (6) [8]. El contenido del sueño indica el requerimiento del paciente por vaciar su contenido delirante y dar paso a la escucha de la voz propia, que, en lazo próximo con el analista, se ha estimulado para lograr un nuevo saber.

CONCLUSIÓN

Respecto al recorrido onírico al cual nos hemos encontrado inmersos, es posible formular, que la función principal del sueño, en el ámbito clínico con pacientes

psicóticos, parece asemejarse con los atributos de una brújula, puesto que la evolución del sueño nos entregará la localización del paciente en relación a su enfermedad, es decir, la relación psicosis y sueño resuena fundamental para la ubicación de las distintas etapas de la condición psicótica, de tal manera que nos es posible situar diferentes ejemplos de sueños, donde cada uno muestra una fase en la temporalidad del delirio. La fase inicial corresponde a la eclosión del delirio, la fase de continuación o acrecentamiento responde a la inmersión del estado delirante donde existe una mixtura entre vigilia y sueño, la fase de decremento es donde emergen primeras asociaciones y una apertura al establecimiento de la transferencia, para finalizar con la fase que da comienzo a la conciencia y movilización de la posición subjetiva.

Parece entenderse que el centro de la brújula es la posición del analista, aquella posición que da sostén y escucha al paciente, el limbo que integra el anillo giratorio parecen ser las posibilidades o fases que previamente deben ser estudiadas por el analista, para así poder situar el estado del paciente, claro está que, al darle una escucha al paciente psicótico, éste nos señalará la ubicación de su enfermedad. La aguja inamovible que dicta siempre al norte no tiene por qué nublar la visión del analista, puesto que puede simbolizar la "normalidad neurótica", que sólo debe ser visualizada como una guía que el analista debe tomar para ubicarse a sí mismo, no al paciente. Se podría creer que la manera de curar a un paciente psicótico es estimular su adherencia al funcionamiento neurótico, pero no es así. No se trata de neurotizarse, se trata de ubicar la capacidad que el paciente va teniendo para emplear elementos del mundo neurótico, como la asociación libre, para así estructurar el tratamiento e intentar proporcionar su historicidad, en la medida de lo posible, sin recubrimientos delirantes.

Con ello en cuenta, se da paso a la categorización de las fases, en apoyo a los sueños antes dictados. En primer lugar, tenemos la fase-eclosión, etapa donde el sueño se coloca como uno de los factores causantes del delirio; se identifica en el caso Schreber [4], donde la sensación voluptuosa que se desarrolla a partir del sueño, da paso al delirio sobre la emasculación que tiene por propósito la creación de una raza original. La fase-mixtura la podemos encontrar en el caso Aimée [5], donde la comunicación entre sueño y vigilia se anota como fluida, por lo tanto, no se halla distinción entre una

y otra, esta fase da paso a la continuación del delirio y a su inmediato acrecentamiento si no se acota. En la fase-decremento se ubica el sueño del cuerpo agujereado, recuperado por Grinberg [6], donde el paciente busca descarga afectiva por medio del sueño, el cual ya distingue; la fase se desarrolla entre un continuo vaivén de sueños fallidos y sueños consumados, tal cualidad depende de la efectividad que tenga el soñante para encontrar y usar su objeto continente. Por último, en la fase-tratamiento convergen los sueños elaborativos [6], el sueño como experiencia [9] y el archivo de sueños [7]. Irónicamente en nuestra fase final comienza propiamente la dirección que debe tomar el tratamiento, la introducción a la etapa deviene, por ejemplo, con el sueño de los gusanos [7], donde el yo del paciente se encuentra suficientemente sólido como para ser capaz de separarse del delirio, y con ello dar paso a la escucha del analista e iniciar la instrucción del método; previas asociaciones del paciente tuvieron ya que haberse insinuado y para este punto, es necesario que la transferencia este reforzada por el analista. En esta etapa se busca una reelaboración del contenido, dando paso a la noción de experiencia figurada por Bolognini [9], solo que a través de la reconstrucción del archivo de sueños [7].

Ahora bien, las funciones del analista consisten primeramente, en identificar la ubicación del paciente; segundo, esperar el entable o aceptación de la transferencia en el paciente, con los cuestionamientos del analista y las nacientes asociaciones del soñante; tercero, se debe reforzar el lazo transferencial, y por último, estructurar posibilidad de movilización subjetiva del paciente con las contribuciones que este haga respecto de sus sueños, referente a la enunciación y a la asociación acotada, para más adelante organizar los pasajes oníricos utilizando el material para intervenir en momentos donde el paciente psicótico se encuentre positivamente receptivo en el campo transferencial. Se debe recordar la ampliación temporal del proceso terapéutico en la clínica de las psicosis, debido a que el analista debe estar receptivo a la apertura del paciente, ya que este no tiene la posibilidad de aceptar las contribuciones terapéuticas del mismo modo que la neurosis lo hace. Cabe destacar el reparo que nuestro texto hace respecto de la psicosis paranoica, de la cual, se destaca el síntoma del delirio, por lo tanto, es posible abordar nuevas pautas de investigación donde se

profundicen aquellos estados de orden alucinatorio, correspondiente a la esquizofrenia, para estudiar el empleo del sueño.

En conclusión, el quehacer del psicoanalista versa en la detección de la fase donde se encuentra el paciente psicótico, para luego colocarse en posición de analista en espera, en espera de la aceptación de la transferencia y de este modo, dar posibilidad a la movilización de ciertos aspectos psíquicos, recordando que las características del quehacer del analista, son móviles y no metódicas.

BIBLIOGRAFIA

- [1] LACAN, J. (1976). El fracaso del Un-desliz es el amor: a la manera del seminario oral de Jacques Lacan. Ortega y Ortiz, 2008.
- [2] FREUD, S. (1900). La interpretación de los sueños. O.C. Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu, 2022.
- [3] FEDERN, P. (1984). La psicología del yo y las psicosis. Buenos Aires: Amorrortu.
- [4] SCHREBER, D. (1999). Memorias de un enfermo nervioso. Buenos Aires: Libros Perfil.
- [5] LACAN, J. (1975). De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. México: Siglo veintiuno, 2012.
- [6] GRINBERG, L. (1976). Psicoanálisis aportes teóricos y clínicos. La función del soñar. Buenos Aires: Alex editor.
- [7] LABARONNIE, C. (2022). Cómo utilizar los sueños en el psicoanálisis con psicóticos. Argentina.
- [8] GARCÍA, O. (2014). En los laberintos del sueño y del delirio. Disponible en: Intercambios=Intercanvis: papers de psicoanàlisi=papeles de psicoanálisis, ISSN-e 2385-7935, N°. 34, 2015, págs. 15-23.
- [9] BOLOGNINI, S. (2000). Sueño como experiencia. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/571913498/El-suen-o-como-experiencia-Bolognini>

[10] FREUD, S. (1938). Esquema del psicoanálisis. El aparato psíquico y el mundo externo. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2022.