

## EL SUEÑO DESPIERTO (RÊVE ÉVEILLÉ) DE ROBERT DESOILLE

Roberto Enrique Rocca

### **1. Sobre la imaginación en psicoterapia**

La imaginación subyace, como un flujo continuo, a toda la actividad mental. No constituye un mero conjunto de imágenes sino una verdadera realización narrativa, a través de la cual construimos historias íntimas, que pueden engendrar tanto lo mejor como lo peor de nosotros mismos, es “la loca de la casa”, como decía Teresa de Ávila. Alimenta tanto los mayores logros creativos de la humanidad, como los delirios más destructivos o desorganizados.

No puede, por lo tanto, dejar de ser un ingrediente central en toda psicoterapia. La necesita el terapeuta para comprender al paciente y resonar empáticamente con él; y la necesita el paciente para comprender su pasado, ubicarse en su presente y proyectar su futuro. Pero en la mayoría de los casos ambos la utilizan sin pensar en ella y no constituye un ingrediente explícito de la técnica psicoterapéutica.

Sólo en algunas formas de psicoterapia constituye un recurso técnico explícito. En tal sentido cabe distinguir:

**1.1. El uso de la imagen como una posibilidad técnica dentro del conjunto de recursos de un método particular:** métodos de relajación, terapias sugestivas y comportamentales, Imaginación Activa de Jung, Programación Neurolingüística, Gestalt, Psicodrama, activación de la imaginación en Terapias Cognitivas, asociación libre en el Psicoanálisis, etc.

**1.2 El trabajo con la imagen como recurso terapéutico central de un método.** Cabe distinguir entre aquéllos casos en los que el terapeuta induce o indica la tarea imaginativa como ocurre en las técnicas de visualización usadas en psico-oncología; y los casos en los que se trabaja a partir de la imaginación libre del paciente. Este último es el grupo de las llamadas *Oniroterapias*.

Se designan con este nombre aquellos métodos psicoterapéuticos que utilizan la imaginación libre o espontánea y el relato simultáneo de lo imaginado como instrumento técnico central. Son métodos en dos tiempos, puesto que las sesiones de imaginación se complementan con un segundo tiempo que es el del análisis o los comentarios del material obtenido en aquellas.

Pertencen al grupo, entre otros métodos, el Sueño Despierto de Robert Desoille, la *Katathymes Bilderleben* o Imaginación Afectiva Guiada, de Hanscarl Leuner (Maciel, 2000) método bastante difundido en los países de habla alemana, la *Oniroterapia* de Fretigny y Virel (1968) y la *Psicoterapia Simbólica* desarrollada entre nosotros por la Dra. María Ana Ennis (1974, 1981, 2007).

## **2. El “Rêve Éveillé” o Sueño Despierto de Robert Desoille \*\*\***

*El Rêve Éveillé o Sueño Despierto es un método psicoterapéutico desarrollado por Robert Desoille desde la cuarta década del siglo pasado y, luego de su muerte en 1968, por sus discípulos, actualmente agrupados en el Groupe International du Rêve Éveillé en Psychanalyse (GIREP). Hay miembros del Grupo en Francia, Italia, Bélgica, Suiza, España y Argentina. Fuera de él se practica el método en varios países, incluyendo un grupo importante en Uruguay, denominado “Sociedad Uruguaya de Ensueño Dirigido” (SUED). (Duarte, 2007)*

### **2.1. Historia del Sueño Despierto**

Robert Desoille nació en Besançon en 1890 y murió en París el 1966. La ingeniería fue su profesión, e hizo toda su carrera profesional en la Compañía de Gas y Electricidad de Francia. pero su vocación fue la psicología. Desde su adolescencia se interesó en los fenómenos de transmisión del pensamiento y realizó cursos de Psicología en la Sorbona, que fueron interrumpidos por la guerra del 14, en la que revistó como oficial de artillería, fue herido y condecorado. En 1923 trabó contacto con Eugène Caslant, autor de un opúsculo titulado “Método de desarrollo de las funciones supranormales”, quien realizaba, con fines esotéricos, experiencias de ascenso y de descenso en el espacio imaginario.

Desoille experimenta con él un par de años, pero no comparte su explicación de los hechos, porque el rigor de su formación científica lo mueve a buscar explicaciones más satisfactorias. En 1931 el destacado psicoterapeuta suizo Charles Baudouin, estudioso de la obra de Jung, pero notablemente abierto a otras perspectivas, conocedor de las experiencias de Desoille, lo invita a publicar una serie de artículos en su revista “Action et Pensée”. En 1938 aparece el primer libro de Desoille titulado “Exploración de la afectividad subconsciente mediante el método del Sueño Despierto. Sublimación y adquisiciones psicológicas”. En esta obra, basándose en ideas de Pierre Janet y de Freud, se desarrolla la técnica del método, concebido más que nada como un método de exploración y desarrollo psíquico, todavía no planteado en el ámbito psicoterapéutico. Pero ya algunos psicólogos conocedores de sus experiencias le derivan algunos neuróticos y Desoille comienza a explorar las posibilidades terapéuticas del método. Sobreviene la segunda guerra mundial, Desoille está comprometido con la resistencia y practica el Sueño Despierto con algunos pacientes y algunos psicólogos entre los que se cuenta la psicoanalista Juliette Favez-Boutonier, que será uno de sus primeros discípulos. En esta época también tiene contactos con el filósofo Gastón Bachelard, los psicoanalistas Daniel Lagache, René Laforgue, Françoise Doltó y el destacado psiquiatra Paul Sivadon; y lee la obra de Jung.

En 1945 publica “El Sueño Despierto en psicoterapia. Ensayo sobre la función de regulación del inconsciente colectivo”, obra en la que plantea

---

\*\*\* En distintos momentos se lo denominó “Rêve Éveillé Dirigé”, “Rêve en seance”, “Rêve éveillé analytique” o “Rêve éveillé en psychanalyse”. En castellano se lo ha traducido como “Ensueño Dirigido” y “Ensueño vígil”. En el Grupo Argentino adoptamos la denominación “Sueño Despierto” que nos parece más exacta en la traducción de la palabra rêve y más adecuada a la realidad del método.

decididamente las posibilidades psicoterapéuticas del método y desarrolla una serie de explicaciones teóricas de inspiración junguiana.

En 1950 aparece "Psicoanálisis y Sueño Despierto Dirigido" y en 1955 "Introducción a una psicoterapia racional". Aquí Desoille, influido por su deseo de rigor científico y también por sus afinidades políticas, esboza una crítica de la teoría psicoanalítica e intenta fundamentar el método en las teorías de Pavlov y la reflexología.

El último libro publicado en vida de Desoille: "Teoría y práctica del Sueño Despierto Dirigido" de 1961 intenta conciliar las ideas pavlovianas con las nociones dinámicas de inconsciente y realización simbólica.

Completarán la bibliografía del creador del método, aparte de los artículos publicados en varias revistas, los dos libros de psicoterapia mediante el ensueño dirigido" (1971) y "Lecciones sobre ensueño dirigido en psicología" (1973) póstumos compilados por Nicole Fabre: "María Clotilde, psicoterapia" (1973) (Utilizamos la expresión "ensueño dirigido", con la que no estamos de acuerdo, porque es la traducción con la que la denominación "Rêve Éveillé Dirigé" aparece en estas dos obras, hoy agotadas, que editó Amorrotu en castellano.)

Ya para esta época Desoille es conocido como psicoterapeuta, se reúne regularmente con un grupo de discípulos, y participa en la fundación de la "Sociedad de Investigaciones Psicoterapéuticas de Lengua Francesa", de la que será vicepresidente. Un detalle digno de mención es que, aunque atendió numerosos pacientes, jamás cobró honorarios por hacerlo.

La habilidad de Desoille como psicoterapeuta es evidente a través del abundante material clínico que contienen sus libros, pero su obra, si bien define e ilustra con claridad los aspectos técnicos del método, no muestra la misma consistencia en lo teórico. De aquí que sus seguidores han tomado caminos divergentes en lo que hace a la fundamentación del mismo.

La mayoría de los autores lo han hecho desde perspectivas particulares y tendiendo, cada uno, a privilegiar un único punto de vista. Así, ya en 1952, J.H. Van den Berg intenta una conceptualización desde la óptica fenomenológica-existencial, Fusini-Doddoli (1970), Launay, Levine y Maurey (1973); Fabre (1979); Fabre y Maurey (1985) y Maurey (1995) (por citar sólo los más importantes), lo hicieron desde el punto de vista psicoanalítico; Poliakov (1995) desde el de la moderna hipnología y Descamps (1996, 1999) desde la psicología transpersonal.

Una minoría se inclinó por las lecturas eclécticas o integrativas, como el uruguayo Mario Berta quien esbozó con J-C. Benoit (1973) un vasto proyecto de integración psicoterapéutica en el que el Sueño Despierto tiene un lugar importante, proyecto basado principalmente en las modernas teorías del aprendizaje, combinado con ideas procedentes de Pierre Janet, de la psicología profunda y de la analítica existencial y centrado en el concepto de psicoactivación. Citamos también a Jean y Marie-Aimée Guilhot (1996, 1997) quienes se inspiran en el psicoanálisis, en el análisis existencial y en la psicología transpersonal, a J-M. Henriot, que integra numerosas fuentes en lo que denomina Análisis Integrativo Rêve Éveillé; y al grupo italiano, liderado por Renzo Rocca (1995 a, 1995 b, 1996), que integra elementos del psicoanálisis (Freud, Lacan, Jung y Fromm), de la psicología social, de la analítica existencial, y de la psicosis de Assagioli.

El grupo argentino hace una lectura del método, mayoritariamente influida por el psicoanálisis, pero consideramos importante mantener la idea de

que el sueño despierto es un método diferente, que se puede empobrecer si se pretende entenderlo desde un solo punto de vista. Por el contrario, resulta particularmente adecuado para pensar en la integración de diferentes perspectivas teóricas (Rocca 1998)

### **3. Técnica del Sueño Despierto**

Básicamente consta de dos tiempos complementarios, a saber:

- *La sesión de Sueño Despierto propiamente dicha*
- *Las sesiones ulteriores, de comentarios, análisis y búsqueda de sentido del Sueño Despierto realizado.*

**3.1. El Sueño Despierto propiamente dicho** puede definirse como *un acontecer imaginativo dramático, que tiene lugar en un espacio imaginario en el que el paciente se ubica con su cuerpo imaginario y en el que deja fluir la espontaneidad de su imaginación. El que sueña de ese modo, actúa imaginariamente en ese espacio y esa situación, tratando de vivir la aventura con tanto realismo como le sea posible y relatando simultáneamente la experiencia al terapeuta quien la registra por escrito mientras lo acompaña en ella con su propia imaginación activada.*

Se realiza con el consultorio en penumbra y el paciente acostado en el diván o sentado en un sillón cómodo, con los ojos cerrados y en un grado variable de relajación psicofísica. Es un estado de carácter semivígil, más o menos próximo a la hipnosis.

En esa situación se solicita al paciente que se imagine un lugar o una situación, trate de imaginarse realmente allí y de actuar con su imaginación, haciendo frente a las peripecias que espontáneamente le surjan.

Si bien el acontecer imaginativo dramático ha de ser tan espontáneo como sea posible, nadie logra esto con sólo proponérselo. El Sueño Despierto es una tarea a realizar que el paciente debe aprender, bajo la dirección del terapeuta.

Es en este sentido que el Sueño Despierto es "dirigido", calificativo que fue incluido en la denominación del método en una época y que luego se retiró porque podía dar lugar a confusiones. En efecto, la directividad, que puede ser definida como "el aporte del terapeuta a la construcción de la escenificación" (Rocca 1984), tiene por única finalidad la de permitir y facilitar la libertad y la espontaneidad de la actividad imaginaria. Desoille aclara que se trata de "estimular la imaginación" para "hacer hablar al inconsciente su lenguaje". Roger Dufour (1978) explica que se trata de una directividad técnica o metodológica, que "determina las reglas del juego y caracteriza al método, pero no una directividad intencional global, puesto que no busca resultados terapéuticos directos y rechaza toda postura de enseñanza o adoctrinamiento"...

Queda en claro con todo esto que las propuestas o sugerencias directivas son siempre optativas y que el paciente debe conservar siempre la libertad de aceptarlas o rechazarlas. Esto explica también que, en los tratamientos avanzados, el terapeuta tienda a intervenir cada vez menos y que no sean infrecuentes los Sueños Despiertos en los que no interviene en absoluto.

El terapeuta dispone de innumerables y variados recursos directivos, que dependen de la creatividad de la pareja terapéutica en situación. Los más frecuentes son:

- *La propuesta de una imagen o tema de partida.* Desoille proponía, como opción posible pero no obligatoria, una serie de temas para los sueños iniciales que equivalían a un mapeo general de la situación.
- *Las intervenciones destinadas a ayudar a construir el espacio y el cuerpo imaginarios.* Generalmente en forma de preguntas: ¿cómo es el lugar? ¿hace frío o calor? ¿Cómo está usted vestido? ¿se siente cansado?
- *Las intervenciones destinadas a explorar los afectos:* ¿cómo se siente ante la situación?
- *Las incitaciones al movimiento y la participación.* Esto es esencial porque el Sueño Despierto es fundamentalmente una acción imaginaria dramática.
- Desoille, inspirándose parcialmente en Jung y tomando ideas del filósofo Gastón Bachelard y del fenomenólogo de las religiones Mircea Eliade, trabajó siempre con la idea de *un espacio arquetípicamente orientado, en el que los movimientos de descenso orientaban hacia el origen de los conflictos y los de ascenso hacia su superación;* y utilizando permanentemente estos movimientos concibió al método como una técnica de sublimación. Este es tal vez el punto en el que más disienten los actuales practicantes del método, puesto que el recurso suele ser utilizado ampliamente por los autores que se nutren de una concepción humanista o existencial; y poco o nada por quienes se inspiran básicamente en el psicoanálisis.
- *El aliento para seguir adelante* y en general todas las intervenciones destinadas a sostener la acción dramática y el movimiento imaginario.
- *Las imágenes auxiliares,* que son las que propone el terapeuta para ayudar a superar los obstáculos. Desoille los clasificaba en dos grupos: a) imágenes de apoyo que contribuyen a permitir el movimiento cuando éste se halla obstaculizado (un bastón, un vehículo adecuado, por ejemplo); y b) imágenes de protección, destinadas a conjurar una amenaza o peligro (un escudo, unos anteojos protectores).

La directividad es una cuestión de experiencia. Se basa en una escucha particular, según palabras de Desoille "con la imaginación creadora alertada al máximo". Yo he propuesto (Rocca 1984, b), parafraseando a Freud, utilizar los términos "*libre imaginación*" para lo que se solicita al paciente" e "*imaginación flotante*" para la escucha del terapeuta. y designado la interacción como "*circuito de la directividad*".

En el seno de la relación terapeuta-paciente, la directividad puede ser pensada como un proceso circular en cuatro tiempos, a través del cual se construye entre ambos, la escenificación. Abramos el ciclo con el paciente, que vive su acción imaginaria y la pone en palabras. Esta actividad, "*imaginario verbalizado*", es percibida por el terapeuta, que recrea la escena en su propia imaginación: "*verbalización imaginada*". El terapeuta puede, según lo que le aconseje su intuición y su experiencia, escuchar en silencio o, a partir de su propia imaginación, sugerir imágenes o acciones: "*imaginario sugerido*";

sugerencia que, recogida por el paciente será incluida por éste en el trabajo imaginario "*sugerencia imaginada*", cerrando así el circuito.

Este proceso circular no se da cuando el terapeuta no interviene y/o cuando el paciente opta por no seguir las sugerencias del terapeuta, puesto que es libre de aceptarlas o no.

El "Sueño Despierto Acompañante" (Villamarín 1995), concepto complementario de los anteriores; es el sueño que el terapeuta realiza con su propia imaginación mientras escucha el relato que el paciente hace de su SD.

"Es una actividad yoica en función de acompañamiento" mediante la cual el terapeuta participa con su imaginación, poniendo en juego su capacidad de empatía, sostiene el desarrollo de la acción imaginaria, controlando la ilación ideativa, proponiendo alternativas imaginarias para ayudar al paciente a enfrentar los obstáculos, evaluando la angustia y ayudando a controlarla, integrando los datos provenientes del paciente con los conocimientos que el terapeuta tiene acerca del método y de las características particulares del paciente.

**3.2. las sesiones de análisis, comentarios o búsqueda de sentido, en las cuales paciente y terapeuta trabajan sobre el relato, tratando de descubrir en él los rasgos particulares, las pautas de conducta, las maneras de vivir y percibir el mundo, propias del paciente, sus capacidades actuales y potenciales, etc.**

Estas sesiones se realizan con el paciente sentado frente al terapeuta y en un estado de conciencia lúcido. Normalmente se trabaja sobre el registro escrito de la sesión de Sueño Despierto tomada por el terapeuta. Desoille trabajaba con las notas del paciente, práctica no demasiado difundida hoy. Por lo general los comentarios insumen un tiempo tres o cuatro veces mayor que el dedicado a soñar.

Los autores franceses utilizan los términos "pris de sens" y "circulation de sens", literalmente toma o adquisición y circulación de sentido. Vale decir que todo Sueño Despierto tiene sentidos latentes, que deben ponerse de manifiesto para que el paciente se haga cargo de estas partes escondidas de su ser. Con el término "latente" no me refiero sólo al inconsciente en sentido freudiano, sino también a todo lo que está presente, pero la persona no percibe.

Desoille decía que "se sueña como se vive". Pero ¿qué es lo significativo, lo clínicamente útil de la *escenificación*? \*\*\*\* Toda escenificación es expresión simbólica del mundo interno del sujeto... Por eso el sueño vale como puesta en imagen, "film mudo" o relato vivo de lo que ocurre en el presente, incluido el momento de la sesión, tras el cual se dibujarán los modos habituales de pensar, de sentir y de hacer de la persona, accesibles a una captación fenomenológica directa. Esta captación (que desde el punto de vista psicoanalítico puede calificarse de preconscious), informa al terapeuta acerca

---

\*\*\*\* Designamos con ese término, traducción libre del francés "scénario", término que designa la trama de una pieza de teatro o las escenas de un film, que en el lenguaje técnico del cine se refiere al guión literario y que se usa por extensión en política o economía para designar el conjunto de hechos o situaciones concatenados en los que puede avizorarse un desarrollo posible.

de aspectos poco visibles de la personalidad del paciente y permite a éste, bajo la guía de aquel, tomar conciencia de ellos.

Pero también, al no tener la aventura imaginaria rumbo predeterminado, la imaginación escogerá automáticamente, del archivo de las imágenes de la memoria, aquellas que sirvan para manifestar las ideas y sentimientos procedentes de sus conflictos inconscientes, tal como lo explica Freud en la Interpretación de los Sueños (1900) "dentro de nuestro pensamiento acechan otras representaciones-meta que provienen de las fuentes de nuestros deseos inconscientes y siempre alertas (pg. 584). Alcanzar estos niveles más profundos requiere un trabajo interpretativo. Para ello nos basamos en el conocimiento que el terapeuta tiene acerca de las maneras humanas de expresar los fenómenos psíquicos a través de signos y símbolos, que le permiten apuntar hacia determinados aspectos de la escenificación. Esto puede detectarse en el nivel sintagmático o diacrónico (es decir en el encadenamiento de las imágenes y las acciones) y en el paradigmático o sincrónico (estudiando las connotaciones de cada una de las palabras o imágenes). Es indispensable para este trabajo el aporte del paciente, que asociando libremente o buscando los recuerdos personales que evocan las imágenes y acciones de los Sueños Despiertos, permite la inserción del acontecer psíquico en una historia personal portadora de sentido, la búsqueda de maneras alternativas de enfrentar y superar los obstáculos, primero en la fantasía y luego en la realidad; y la mejor expresión y regulación de los afectos.

De todas maneras, el Sueño Despierto en sí, tiene efectos terapéuticos, no sólo por su valor catártico, sino porque ya en la vivencia dramática de las imágenes se plantean alternativas nuevas y se genera in cierto insight.

#### **4. Aspectos teóricos**

**4..1** En términos generales y más allá de los distintos desarrollos teóricos, puede decirse lo siguiente (Rocca 1995). La acción imaginaria es un correlato simbólico de las acciones y reacciones del sujeto en su vida real. Aparecen expresados sus rasgos psíquicos particulares, con las posibilidades e imposibilidades que ellos suponen.

La dinámica de la imaginación tiende a completar el desarrollo de 'procesos psíquicos que de por sí permanecerían inacabados' (Desoille 1975), lo que implica una tendencia a 'ir más allá', a un futuro.

Las sesiones de análisis ponen en evidencia esquemas de funcionamiento psíquico y las fantasías conscientes e inconscientes que subyacen a éstos, permitiendo establecer hipótesis acerca de su génesis y su sentido. Así se movilizan procesos cognitivos de percatación primero y comprensión de los conflictos luego.

La experiencia del Sueño Despierto, en virtud de lo que Renzo Rocca ha denominado 'realismo integral' (de Martin 1995) tiene efectos modificadores de la experiencia afectiva global del sujeto. La presencia del terapeuta y por ende la relación con todo lo que ella supone, opera como un catalizador del proceso (Fabre1985).

La puesta en palabras, actuando como mediadora entre representaciones y afectos por un lado y entre éstos y el mundo exterior por el otro, completada con el trabajo puramente verbal de las sesiones de comentarios, proporciona

un código intersubjetivo que permite explicar y explicarse racionalmente los hechos del universo interior del sujeto.

- El conjunto de estos mecanismos conduce gradualmente al paciente al enfrentamiento y resolución de sus dificultades en el campo de la imaginación y, correlativamente, lo lleva a descubrir 'la posibilidad de reaccionar, en la vida real, de una manera diferente (Desoille), más satisfactoria para sí mismo y más adecuada a la realidad.

**4.2.** Es importante tener en cuenta que en el trabajo de análisis no sólo se trabaja con el último Sueño Despierto, sino con el conjunto de los ya realizados. En este sentido, Jean Nadal (1981) ha sistematizado la aparición y la articulación de las imágenes a lo largo de la cura. Utiliza el término *significante* para designar las imágenes, y distingue:

- significantes que aparecen sorprendiendo paciente y terapeuta y van jalonando el eje principal de la cura, y los denomina "*Parpadeantes*";
- otros que denomina "*Encrucijada*", que permiten la confluencia de diferentes vías asociativas, que además proporcionan otros datos sobre la problemática inconsciente y conducen a un punto de la biografía fantasmática.
- Después vendrán aquéllos *Significantes*, los "*Reveladores*" que proporcionan los eslabones que faltan, alcanzan la dimensión de lo traumático, lo reprimido y los verdaderos recuerdos, ocultos hasta entonces por los recuerdos encubridores.
- Por fin, dado que quedaron cabos sueltos cuya aclaración está pendiente, aparecen significantes que aclaran, retrospectivamente el sentido de imágenes de sueños anteriores. Son los *Significantes "Recurrentes"*

**4.3** A través del tiempo van emergiendo las características del mundo privado del sujeto. Por obra de las escenificaciones se despliega un universo personal, propio y único de cada sujeto, expresivo de sus conflictos, su visión del mundo y sus posibilidades creativas, comparable al que podemos ver como característico de un escritor o un cineasta. Es a través de esta construcción que el paciente accede al insight y la reconstrucción de su historia. Este aspecto fue trabajado por nosotros y propuesto como modelo teórico con el nombre de "*mitología personal*". (Rocca 1984, a).

Allí escribo: "mi propuesta consiste en considerar el conjunto de escenificaciones producidas a lo largo de la cura como una 'mitología personal' cuya integración, a través de las sesiones de Sueño Despierto y las sesiones de análisis, conduce a una síntesis explicativa de la personalidad y la historia del sujeto, permitiendo a éste, por mediación de aquella, superar sus conflictos neuróticos. Consiste también en equiparar el proceso individual con el proceso histórico del desarrollo de la mitología de los pueblos. En el caso de la mitología, como resulta particularmente visible en Grecia, los mitos primitivos, pertenecientes plenamente al mundo de la magia y el animismo, comienzan a estructurarse a través del canto de los aedas (poetas populares de tradición oral), culminan en mitología organizada con los grandes poetas (Homero, Hesíodo), para dar origen finalmente al pensamiento racional. "En el caso del Sueño Despierto, el fantasma, representante de la pulsión, adquiere existencia pública mediante la materialización en imágenes y la 'puesta en palabras'; y se estructura como mitología a través de las escenificaciones y el análisis de las mismas; para acceder así al acuerdo definitivo del sujeto con sus verdades



íntimas, integrándolas al mismo tiempo en el ámbito del pensamiento colectivo.”

En síntesis: “la cura analítica con el Sueño Despierto puede ser conceptualizada como la estructuración progresiva de una ‘mitología personal’ considerando como tal a la estructuración y la sistematización de los mitos propios del individuo, expresados en los relatos míticos constituidos por las escenificaciones de los Sueños Despiertos, estudiadas en las sesiones de comentarios. La construcción de una mitología, ordenada en términos racionales, supone un proceso gradual de desmitologización, que, en el caso del trabajo psicoterapéutico equivale al acceso a la conciencia, es decir al insight.

En la consideración del mito cabe distinguir tres niveles. A saber:

- El de la *historia mítica*, tal como se relata de boca en boca y puede ser recogido por el mitógrafo.
- El del *mito propiamente dicho* o, si se quiere, la sustancia del mito. Aquello que permanece latente detrás de la historia manifiesta, y que puede subyacer a varias historias diferentes o variantes de una misma historia.
- El de la *mitología*, es decir la estructura teórico-racional, constituida por el conjunto de mitos e historias míticas y los modos de articularse entre sí. Mitología que, globalmente considerada, puede considerarse representación analógica de los rasgos particulares del grupo humano para el cual tiene ella vigencia.

En el Sueño Despierto, estos tres niveles corresponden:

- A las historias, tal como aparecen en la escenificación del Sueño Despierto.
- A los mitos o fantasmas inconscientes que los originan.
- Al resultado final de sesiones de SD y sesiones de análisis.

Un equivalente exacto de estos términos ha sido planteado por Daniel Lagache (1963) con su ponencia en el Simposium sobre la fantasía en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Estocolmo.

- La fantasía (*Fantaisie*) “proceso económico dinámico (...) pensamiento fragmentario y errático” que aparece en el material analítico.
- El fantasma (*fantasme*) “construcción que articula en una misma estructura numerosas fantasías”.
- La fantasmática: sistema de fantasmas, coherente con la estratificación y la articulación de los conflictos inconscientes.

Lagache, en esta ocasión, decía: “las tentativas de conceptualización general y teórica de la fantasmática de los diferentes analizados pueden llamarse mitologías”, pero mitologías en las que la presencia del Logos está certificada por el término mismo: *mito-logías* (que equivale a decir estudio racional del mito).

El concepto, tal como lo plantea Lagache, corresponde al psicoanálisis, pero resulta particularmente aplicable a la cura analítica con el Sueño Despierto.

El *mito* (esto es el fantasma o fantasía inconsciente), se expresa a través de *historias míticas* (o fantasías), que en virtud de las reglas del encuadre tienden a estructurarse en *mitología* (o fantasmática).

Cabe señalar que el mito en sí, permanece oculto y sólo puede ser inferido a través de sus epifanías. No otra cosa ocurre con los mitos reales y con el inconsciente del psicoanálisis.

4.4. Nadal (1974) distingue tres tiempos, siempre presentes en la escenificación: *el pasado atemporal, el pasado histórico y el presente dramático*. El primero es el tiempo propio del mito, el que se anuncia con expresiones tales como “había una vez”, o “en aquellos tiempos”. Es un tiempo sin fecha, que se ubica antes o en el origen mismo de los tiempos. En el Sueño Despierto es el tiempo de la mitología personal, aquél en el que se despliegan las historias que constituyen la estructura del sujeto, un tiempo fundante, “arquetípico” (sin que el uso de este término implique una adhesión al pensamiento junguiano) en el cual las historias se muestran en su dimensión mítica y presentan por lo tanto similitudes con todas las mitologías individuales y colectivas. Su lectura se efectúa desde los símbolos comunes a todos los seres humanos (o por lo menos a todos los que comparten una determinada cultura).

El *pasado histórico* es el tiempo de la historia individual, el de las marcas con que los acontecimientos de la vida han modelado la psique del sujeto. La historia se apoya sobre las estructuras míticas existentes en todo ser humano y les da su carácter individual y único. Esas estructuras, presentes en forma potencial en el patrimonio genético de la especie, se construyen y se actualizan a través de los hechos de la vida del individuo. En el momento de la producción del SD, las huellas mnémicas proporcionan el material de imágenes y acciones y se actualizan en la experiencia imaginativa y emocional de la aventura vivida.

El SD se vive en el presente y en presencia del analista. Esta vivencia, la vivencia subjetiva, que subrayara Nadal (1974), se realiza en un presente cargado de emociones, es el presente dramático. El “*presente dramático*” otorga al SD ese particular carácter de convicción, ese realismo, del que habla Renzo Rocca (de Martin, 1995). Esto se da en el seno de una relación terapéutica que supone el desarrollo de un vínculo transferencial, concepto que es desbordado por la riqueza de lo que se juega en el SD entre el analizando y el analista, pero también entre el yo y el mundo imaginario. La capacidad de dramatizar, que supone siempre un interlocutor, aunque más no sea desde la intención del dramaturgo, va más allá de la presencia del analista. Es sencillo reconocer esto ya que en el “teatro privado” de la histérica, en el juego del niño y el fantaseo del adolescente, o en la creación artística hay siempre un “otro” en potencia. El analista antes de ser “interlocutor” funciona como “catalizador”, acertada expresión de Nicole Fabre. El analista, como la madre real, como el lector o el espectador de lo que el creador hace, son sin duda necesarios para mantener el trabajo imaginario y también para garantizar su validez. Pero parece más adecuado hablar de experiencia, evocando con ello el sentido que Winnicott y Masud Khan otorgan al término.

En el presente dramático aparecen, telescopados, el pasado atemporal y el histórico, que, en el acto de imaginar, se hacen presentes. El hecho de imaginar dramáticamente, en una situación como la exigida por el encuadre mismo del SD, por la misma regla fundamental consistente en “ubicar el cuerpo imaginario en un espacio imaginario y actuar imaginariamente allí”, implica una secuencia espacial y temporal, vale decir un *movimiento*. Y todo movimiento presente está necesariamente abierto a un futuro. En la dinámica particular del

SD, el futuro, que de por sí supone un proyecto, resulta también un tiempo constitutivo. (Rocca 1992 y 1998).

El *mito* se observa particularmente en la secuencia de los resúmenes de los argumentos de los sueños despiertos.

La *historia*, por el contrario, aparece en forma privilegiada en el eje paradigmático: en la sincronía de cada imagen y de cada acción, en el análisis de las evocaciones y asociaciones de cada uno de los elementos, en la posibilidad de descomponer la sobredeterminación de cada imagen y de remitirla a experiencias del pasado que se constituyen en hitos evolutivos y que han de ser reubicadas en el presente para que su potencial patógeno se desactive.

La historización se opera pues a través del trabajo asociativo, del campo de resonancias de cada imagen y supone un trabajo predominantemente analítico, opuesto en este sentido al de la construcción de la mitología, que es predominantemente sintético.

Es importante sin embargo que estas consideraciones no nos hagan perder de vista la dialéctica existente entre mitología e historia:

No hay mito sin historia ni historia sin estructuración mítica.

Esta integración sólo puede realizarse en un lugar, en el *presente dramático de la sesión de SD*. Allí donde el analista cataliza el surgimiento y la construcción de una *experiencia* relacional que ha de acompañarse de una *vivencia subjetiva* suficientemente intensa y auténtica. La apreciación de esto en el material podrá hacerse desde la perspectiva de los ingredientes emocionales que se patentizan en el relato, que pueden ser observados tanto en el aspecto fílmico como en el literario, es decir en las imágenes en sí y en su verbalización. Cabe aquí una salvedad importante que hace al aspecto propiamente transferencial. Lo que vale es la emoción vivida, la auténtica experiencia de la “comunicación poética”, como señala con acierto Nicole Fabre, citando a Bachelard, que se transparenta en la escenificación. Pero a veces sucede que el analista que escucha desaparece o es dejado fuera del diálogo, y en este caso lo que surge es un relato alambicado, inauténtico, de naturaleza masturbatoria.

El *futuro* no está presente sino en *proyecto*, pero todo presente en movimiento está necesariamente abierto a él. Sólo lo inanimado puede carecer de futuro, porque donde no hay vida o por lo menos posibilidad de cambio externo, no hay tampoco tiempo. Esta dimensión del futuro, que en el nivel de la conciencia humana adquiere su expresión culminante, no puede ser obviada, porque toda consideración acerca de la psique que la ignorara, quedaría irremediablemente incompleta.

Esta interpenetración de los dos pasados (el de la especie y el del individuo) con el presente y el futuro, es propia de la vida psíquica. Pero el acto de soñar despierto se concreta en una estructura imaginaria constituida por una secuencia de hechos que acontecen en un *lugar*, no por imaginario menos real. Las acciones del SD se ubican en *tiempos* y en *espacios*: hay un *espacio imaginario*, que es ante todo el espacio manifiesto de la escenificación. Espacio que, haya o no existido como tal en la percepción, una vez imaginado quedará inscripto en la memoria con características semejantes a las de los espacios de la realidad.

El *movimiento*, aspecto central del SD, es siempre función del tiempo y del espacio. El *espacio imaginario* tiene, como el tiempo imaginario, varias

dimensiones, que también Jean Nadal, en su momento (1977), intentó categorizar. Son los límites del cuerpo los que dividen el espacio en un *espacio interno* y uno *externo*, el uno se mueve con nosotros y en nosotros y en el otro nos movemos y nos relacionamos con el resto del mundo. El movimiento espacial imaginario en el momento de hacer un SD, integra estos dos espacios con los tiempos antedichos. Toda imagen es espacial y representa el interior y el exterior del cuerpo, las marcas que dejó el mundo en el cuerpo y las que el cuerpo dejó en el mundo. El límite entre el mundo externo y el interior del cuerpo puede ser más o menos nítido en los distintos momentos del SD y hasta puede borrarse por completo, como ocurriría en lo que Desoille ha denominado el “nivel de las imágenes místicas”, que Nicole Fabre relaciona con la regresión a experiencias arcaicas de tipo fusional.

La condición espaciotemporal del SD implica también que, junto con la rehistorización temporal, se opera una reestructuración de la imagen psíquica del propio cuerpo y del mundo que habitamos, en sus aspectos físicos y humanos. Queda entendido que todo lo que ocurre en el momento del sueño despierto propiamente dicho, habrá de ser reelaborado en las sesiones de análisis y que sólo a través de ellas se completarán los efectos terapéuticos; pero el trabajo que se opera durante la realización del SD, en virtud del movimiento imaginario, de la obligación de hacer frente a las propuestas espontáneas de la imaginación y de la peculiar conjunción de imágenes y palabras; constituye sin duda el momento integrador por excelencia y uno de los principales resortes del efecto terapéutico del método.

Para concluir, es conveniente una aclaración acerca de la *transferencia*. Ciertamente que la transferencia juega un papel central en cualquier psicoterapia. Pero en nuestra técnica tiende a jugarse y resolverse en el seno de la escenificación. Por esa razón, y en nuestra opinión personal sólo es necesario explicitarla cuando funciona como una resistencia. Vale decir, cuando el paciente, en vez de utilizar nuestra presencia para desplegar su imaginación, usa de la imaginación para seducir o aplacar al terapeuta en quien está transfiriendo su propia historia.

En estas razones teóricas se fundamenta nuestra opinión que *el Sueño Despierto constituye una vía de acceso al inconsciente sustancialmente distinta del abordaje del psicoanálisis tradicional*.

## **5. Aplicaciones Clínicas**

Para que el SD pueda llevarse a cabo, tienen que darse tres condiciones básicas en el paciente:

- Conciencia lúcida
- Inteligencia normal
- Juicio de realidad conservado

Estas condiciones básicas nos muestran ya una primera restricción, puesto que si los pacientes tienen fallas en alguna de las condiciones mencionadas no podrán trabajar con el método. Ejemplo de ello son los pacientes con delirios, demencias, esquizofrenia, retraso mental, o que estén cursando un episodio maníaco.

Hay que tener en cuenta que las imágenes tienen un particular poder movilizador, razón por la cual el riesgo de pasaje al acto, sobre todo en los

principios del tratamiento, obliga a manejarse con prudencia en pacientes deprimidos, borderlines, psicopáticos, o sospechosos de una psicosis encubierta. El terapeuta debe evaluar permanentemente los niveles de angustia, particularmente en lo que atañe a las inducciones directivas.

La técnica puede ser utilizada en distintos esquemas terapéuticos y conceptualizado desde diferentes marcos teóricos. En terapias breves y focales, el terapeuta será particularmente activo y orientará su directividad y su análisis de acuerdo al foco escogido, poniendo el énfasis en la superación de los obstáculos y limitando la reconstrucción histórica a lo mínimo necesario. En terapias de largo alcance, encaminadas a buscar modificaciones de estructuras caracteriales de base, trabajará en las sesiones de comentarios no tanto con el último Sueño Despierto realizado, como con el conjunto de los mismos; y pondrá un énfasis particular en vincular las escenificaciones con la historia, buscando construir lo que he denominado Mitología Personal, vele decir una serie de relatos concatenados y articulados que dan cuenta del mundo interno particular del sujeto.

**5.1.** En el caso de las *terapias breves y focales*, nos referimos al SD como técnica de uso puntual y no en un proceso terapéutico completo por el Sueño Despierto. Es así que resulta un instrumento particularmente apto para las psicoterapias breves; en primer lugar, por la posibilidad de utilizar la directividad como un factor de focalización. Esto supone naturalmente que se trabaje con un diagnóstico suficientemente claro y una cierta planificación de los objetivos a lograr. En tal forma de aplicación son elegidos temas e imágenes de partida por su potencial simbólico, para enfocar el conflicto. Las sugerencias directivas que confluyan para desarrollar el tema inicial, tienen por objeto mantener presente en el espacio de la dramatización imaginaria la situación de emergencia o motivo de consulta, y por ende suponen un ejercicio más amplio de la directividad que el que se hace en las curas comunes - sin foco exclusivo y sin límites de tiempo. La espontaneidad del trabajo imaginario es conservada, sin embargo, por la libertad del paciente para aceptar o no las sugerencias directivas del terapeuta, que siempre debe ser mantenida a ultranza.

El SD permite también alentar el enfrentamiento de los conflictos, fomentar la abreacción y –desde una discreta y atenta conducción de los personajes que resultan investidos con los afectos transferenciales, orientar el trabajo en el sentido de la búsqueda de soluciones y caminos alternativos. Desoille indicaba a veces a los pacientes que evocaran fuera del ámbito de la sesión las imágenes benéficas surgidas en los Sueños Despiertos, así como también los sentimientos tranquilizadores que las acompañaron. Este tipo de indicación resulta sugestivamente actual a la luz de las tareas a realizar fuera de la sesión que hoy son recursos habituales de las psicoterapias cognitivas.

**5.2.** El uso de imágenes para hacer, por ejemplo, *psicoprofilaxis quirúrgica*, o para comprender la súbita presentación de un trastorno por *stress post-traumático*, posibilita el afrontamiento de obstáculos a nivel de escenas imaginadas, como anticipación a la acción en el primer caso, y como comprensión de lo pasado en el segundo. El terapeuta alienta al paciente a imaginar y justifica su propuesta de ofrecer imágenes auxiliares de protección y/o de apoyo, destinadas a ayudarlo a superar las dificultades que se oponen al desarrollo de la acción imaginaria, pues ello supone también un entrenamiento

(de la imaginación) para superar las dificultades de la vida real simbolizadas por aquéllas.

**5.3.** Se puede emplear también el método en procesos de orientación vocacional, cuyo foco problemático es el temor a la elección: la exploración de imágenes como un camino, encrucijada de caminos, puertas, o a partir de imágenes libres expresadas gráficamente, pueden aportar elementos importantes para el proceso.

**5.4.** Siguiendo los lineamientos de Desoille, Nicole Fabre (1973,1994), adapta el método a la psicoterapia con niños, reemplazando las imágenes de partida por una actividad lúdica (modelado, dibujo, pintura, sin juguetes). A pesar de servirse de elementos de juegos, lo que importa es facilitar la emergencia de las representaciones a través del lenguaje pues su intención es privilegiar “el decir sobre el hacer”. Con el relato invita al niño a distanciarse de lo que acaba de hacer, colabora con él hablando su mismo lenguaje y participando de la construcción de la historia. Este modo de comunicación con el niño es considerado como próximo al de la poesía.

*Con respecto a la elección del material a utilizar y el modo de servirse de él, Fabre tiene en su consultorio elementos para dibujar, pintar o modelar, como todos los terapeutas infantiles, elementos que sean flexibles y que participen de la fluidez del sueño despierto. En forma similar a los recursos utilizados por Doltó, elige, el modelado, los dibujos, a los que agrega títeres, elementos diferentes a los “juguetes para jugar” que el niño conoce, y a los que está habituado (muñecos, revólveres, juguitos de vajilla, equipo de médico, etc.), porque, aunque se sirva de dichos elementos de juego, para Fabre, no hay juego. Trabaja el discurso a partir del juego. Sigue la trama representativa del juego y se introduce en ella, poniendo en palabras y/o ayudando al niño a poner en palabras lo que expresa su dibujo, masa o títere.*

Entre nosotros María Cristina Lamas ha realizado algunas innovaciones a los trabajos de Fabre para usar el Método de Desoille en psicoterapia con niños (Lamas, 1994, 2007), mostrando las posibilidades de los niños para jugar con las imágenes y con las palabras con o sin el sostén material de los juguetes, pero discriminando el momento de juego del momento del cuento.

A veces sugiere al niño jugar y otras veces, contar cuentos, pero también es posible proponerle jugar a contar cuentos o narrar los juegos con juguetes. Cuentos y juegos son dos canales distintos para expresar los conflictos y resignificar la experiencia, y se complementan amplificando las posibilidades del niño.

**5.5.** Es posible aplicar el SD en *personas mayores* de 65 años en adelante mientras no sufran un proceso de deterioro orgánico irreversible.

Es aconsejable tener en cuenta los siguientes aspectos técnicos:

- Trabajar sólo con aspectos prospectivos, sin usar los temas de descenso profundo. Los descensos han de ser lo mínimo indispensable para lograr ascensos con más fortaleza.
- Averiguar en las entrevistas previas cuáles son los valores, personales, familiares, culturales, sociales, religiosos en la actualidad del paciente y aún en su vida de joven. Puede ocurrir que en el transcurso de la psicoterapia por el SD se revaloricen principios que fueron dejados de lado por el sujeto.
- La Directividad usada en estos casos ha de ser delicada y fluida; podemos llevar al paciente a reflexionar dentro del mismo sueño,

sobre el significado personal de los sentimientos que puedan surgir en su transcurso.

Al estimular la imaginación y por ende la creatividad del paciente en edad avanzada, es posible despertar nuevas inquietudes y que ellas lo lleven a hacer nuevos proyectos para su vida cotidiana.

El terapeuta debe estar preparado para colaborar con el paciente en la tarea existencial de reconocer sin angustia y sin rebeliones inútiles, la finitud y todas las limitaciones propias de la condición humana.

Puede hallarse también con la necesidad de llevar a unos buenos términos, duelos insuficientemente elaborados, y la siempre terapéutica reconciliación histórica con las figuras de ambos padres.

**5.6.** La *patología psicosomática* constituye una indicación específica del SD. El lenguaje de la imagen es más primitivo que el de la palabra y la vivencia de la aventura imaginaria, con su particular realismo tiene una repercusión emocional de mayor alcance que la mera expresión verbal.

Son en general pacientes con dificultades para imaginar, que deben ser dirigidos con prudencia y sólo deben ser tratados por terapeutas experimentados. La relajación profunda y sistemática puede constituir no sólo una preparación para el SD sino también un abordaje corporal directo.

Monique Aumage (2001), terapeuta francesa dedicada especialmente al tema; sintetiza así la cuestión: "las curas de los pacientes psicosomáticos no son curas como las otras, sino que requieren determinados acondicionamientos; el SD permite, a través de la imagen, una extensión del campo analítico hacia las experiencias psíquicas primordiales desconocidas y no representadas. La imagen, más próxima a las huellas perceptivas y a lo auténtico, facilita el trabajo de figurabilidad, de representación, así como el acceso a las palabras, que son testimonio del proceso de simbolización."

**5.7.** El Sueño Despierto puede ser adaptado a las *psicoterapias de pareja* para lo cual es necesario que ambos miembros participen en la construcción del espacio imaginario y se involucren en la dramatización. Esto obliga al terapeuta a desempeñar un rol directivo activo para ayudar a la pareja a coordinar la actividad imaginaria. Generalmente comienza uno de los miembros a ubicar el escenario y la acción y el otro escucha tratando de ubicarse en la imaginación propuesta, y pudiendo intervenir con sus propias sugerencias toda vez que lo sienta necesario. Una vez puesta en marcha la acción dramática es necesario asegurarse que los dos participen activamente. En este sentido puede ser útil interrumpir al que está hablando y pedirle al otro que complete la escena o la acción. Al mismo tiempo es necesario que cada quien se haga cargo de su propia participación en la escenificación. El análisis ulterior del Sueño es similar en términos generales al de las terapias individuales, pero atiende particularmente a los aspectos vinculares: maneras de ayudarse u obstaculizarse en el logro de objetivos comunes, luchas de poder, cosas que cada uno aporta a la pareja, en el sentido de contribuir a construirla o a deteriorarla. Es frecuente que el Sueño Despierto muestre con claridad a la pareja modos de funcionamiento totalmente ignorados por ellos.

## **6. Julia, un análisis con el Sueño Despierto.**

El material que se expone a continuación corresponde a una cura completa que se desarrolló a lo largo de cinco años. Como la paciente vivía en una ciudad alejada de Buenos Aires la totalidad del tratamiento se realizó con sesiones espaciadas. Venía un sábado por mes, por la mañana hacía un Sueño Despierto y por la tarde lo analizaba. Dedicábamos unas tres horas en total a este trabajo. Ciertamente se trata de un caso excepcional en lo que atañe a los resultados, pero muestra con claridad las posibilidades del método. El texto actual reproduce parcialmente el publicado como un artículo sobre el método (Rocca, 1987).

La paciente -que llamaremos Julia- impresiona como una mujer frágil. Lo adecuado de su expresión, fruto de una familia cultivada y una buena educación universitaria, y su elegancia, que evoca con demasiada fidelidad las buenas revistas de modas; no alcanzan a disimular un aire de tristeza y debilidad que impregna todo su ser. Ella lo sabe y por eso busca terapia. Tiene marido e hijos, las cosas funcionan razonablemente bien, pero la vida le pesa y amenaza doblegarla. Apenas por debajo de una máscara socialmente eficaz, aparecen las inseguridades, los miedos y las angustias. Aunque fue excelente como estudiante tiene muchas dificultades para ejercer su profesión, las relaciones con el marido y los hijos resultan permanentemente interferidas por dudas y perplejidades; y desde siempre, cuando camina por el Centro de Buenos Aires, teme que el Obelisco se le venga encima y que se la traguen las bocas del subterráneo.

Las cosas nunca fueron mucho mejores: nació con fórceps, porque la madre, enferma, "no podía hacer fuerza", esa misma enfermedad determinó que, por temor al contagio, la mujer usara un barbijo para atender a la beba y hubiera de delegar en su hermana y su madre muchos de los cuidados maternos. Lo precario de su salud le impidieron tener otros hijos y Julia albergaba en su inconsciente la convicción de ser la única sobreviviente.

No hubo carencias materiales. El padre era un personaje importante, de esos que aparecen con frecuencia en los periódicos, pero su éxito público ocultaba frecuentes depresiones, que más de una vez requirieron atención psiquiátrica. Julia sufrió todas las contradicciones de ese hombre posesivo, poderoso y débil, frecuentemente ausente del hogar; que involuntariamente sometió a su hija única a las ambigüedades de su carácter y las frustraciones de un matrimonio más sostenido por las convenciones que por los afectos.

Julia fue una niña triste, débil y enfermiza; y esta debilidad tendía a transmitirse a los hijos, a pesar de ser su marido un hombre que impresionaba por su aspecto fuerte y saludable.

### **6.1. Los comienzos del análisis**

Pese a la buena voluntad y al carácter sumiso de Julia, los comienzos no fueron fáciles: le costaba tenderse en el diván y mantener los ojos cerrados, controlaba la imaginación y recurría una y otra vez a la evocación del marido protector y las seguridades de la escena hogareña; pero estas mismas dificultades empezaban a poner en evidencia la estructura de sus defensas, mientras que los sueños nocturnos, que registraba puntualmente, daban cuenta de establecimiento de un vínculo transferencial, así como de los temores y esperanzas que suscitaba en ella la terapia. Como corresponde a este momento de la cura, el terapeuta se limitaba a registrar estos fenómenos sin



interpretarlos, mientras ayudaba a la paciente, mediante las indicaciones directivas, a aprender la técnica del método y vencer gradualmente los temores a esa parte desconocida de sí misma, que empezaba a manifestarse.

Con la intención de enfrentar las resistencias, el terapeuta hizo notar a la paciente su tendencia a refugiarse en la imagen del marido protector y le pidió, en la inducción de un SD, que prescindiera de su compañía imaginaria. Julia imagina entonces un descenso al fondo del mar, donde la acecha un tiburón de grandes dientes y ojos penetrantes. Necesita que alguien la acompañe y surge la imagen de su madre. El terapeuta la alienta a que, con la ayuda de la madre, domine al tiburón, lo saque a la superficie y observe sus transformaciones. El SD termina con el monstruo transformado en el padre de la paciente.

Las imágenes parentales comienzan a ubicarse en el mundo mítico de la fantasía y los conflictos con ellas a asomar a la conciencia. El terapeuta estima conveniente proponer un sueño de ascenso, con la idea de poner de manifiesto las fantasías de curación y explorar los recursos yoicos de la paciente y los obstáculos que se oponen a su utilización. Habida cuenta de la tendencia evidenciada en SD anteriores a volar por los aires y refugiarse en imágenes idealizadas de la vida hogareña, con la idea de ofrecerle una tarea más realista y que incluya el esfuerzo necesario, se le sugiere imaginar el ascenso a una montaña. Es el sexto sueño de la cura.

Julia se ve como una nena, en la playa, haciendo una montaña de arena con una palita. Salta a la vista la desproporción entre la respuesta de la paciente y la propuesta del terapeuta. Este último lo percibe como una muestra patética de debilidad y decide proponer la utilización de algún recurso mágico (cosa que sólo corresponde hacer como excepción) para superar el obstáculo. Pide a Julia que recurra a la magia de la fantasía y ella ve surgir del fondo del pozo un hada diminuta, quien, provista de una varita mágica, transforma la montañita en una montaña verdadera y le provee el equipo para escalarla.

Comienza entonces un trabajoso ascenso, que el terapeuta sostiene con ocasionales palabras de aliento, hasta que, en mitad de la ladera, aparece una figura embozada. El terapeuta le pide que averigüe quien es y Julia responde que se trata de la tía, aquella que sustituyó muchas veces a la madre en sus cuidados.

Ella le pregunta «cosas de papá y mamá, cómo se llevan». El terapeuta dice a la paciente que conviene que la tía responda con imágenes más que con palabras y de inmediato aparecen dos víboras entrelazadas, que luchan ferozmente. Julia gira en derredor de ellas, observándolas fascinada, excitada y horrorizada. Obviamente se trata de la escena primaria.

La imagen se esfuma y la tía la conduce a un lugar más alto, donde la invita a sentarse. Allí Julia imagina una conversación en la que ella, niña todavía le pregunta «cómo es por dentro y cómo va a crecer» y la tía le explica los secretos de la sexualidad.

A partir de aquí la paciente siente que puede seguir subiendo sola y se despide de la tía. En la cima de la montaña encuentra una cabaña de aspecto acogedor, donde hay unos gatitos. Ella siente que los puede proteger y acariciar. El terapeuta piensa que han entrado en juego los aspectos reparatorios que la paciente puede instrumentar desde su función de madre, pero considera deseable no perder de vista la escena primaria traumática que se ha presentado más abajo y le sugiere (utilizando un recurso técnico al que Desoille acudía con frecuencia), que imagine que en la cabaña están también

las víboras. Julia las ve aparecer, pero ahora puede domesticarlas, mediante la música de una flauta.

Propone entonces el terapeuta que continúe el ascenso, ahora por el espacio. Aparece un río de estrellas que la paciente remonta hasta llegar a su fuente, que es una gran cavidad tapizada de rojo. «Parece –comenta la paciente- un lugar que da origen a otras cosas». El terapeuta la anima a entrar y ella encuentra allí un viejito de aspecto dulce, quien le dice que está solo. Julia entonces toca la flauta con él y luego suben, tomados de la mano hasta un segundo piso, donde encuentran una mujer de aspecto apacible. El anciano explica: «Es mi mujer, a la que muchas veces abandoné y con quien tuvimos una hija». El terapeuta pide que sigan ascendiendo los tres juntos. Arriban a un diván desordenado y lleno de telarañas, donde la paciente halla sus carpetas y libros de estudio. Aunque todavía siente temor, puede comenzar a desempolvarlos y ordenarlos, con ayuda de los viejitos.

Más tranquila, emprende el regreso, llevando consigo a todos los personajes del sueño hasta la playa de la que partió, y donde todos descansan en tranquila convivencia.

Este SD plantea muchos de los problemas centrales de Julia y esto empezará a manifestarse en el enriquecimiento de las sesiones de análisis y en el retorno de muchas de las imágenes que seguirán desarrollándose en los SD ulteriores. A partir de las imágenes y las acciones, surgirán asociaciones libres y recuerdos que permitirán a paciente y terapeuta ir rescatando gradualmente fragmentos de una historia oculta. Visiones y versiones sobre la pareja de los padres; la existencia de vínculos infantiles que realmente jugaron un papel central en el desarrollo de su personalidad, como la tía y poco después la abuela; la ternura con sus hijos reales como posibilidad de domesticar y reparar la imagen de la pareja parental; la imagen de una gran boca cósmica «origen de las otras cosas» que oficiará de entrada al mundo de la sexualidad, a la exploración de los misterios del cuerpo femenino, el materno y el suyo propio. Resultará claro ahora el sentido de sus síntomas agorafóbicos, apresada en medio del coito cuasi cósmico entre el obelisco y los subterráneos; y el síntoma se superará.

A esta altura está claramente constituido el espacio imaginario como el «tercer polo» de la relación terapéutica, como el escenario en el que se actualizará en forma privilegiada, lenguaje simbólico mediante, el mundo de los conflictos de la paciente, y la dinámica del proceso terapéutico en marcha. La mitología personal comienza a construirse e integrarse a través de las escenificaciones y las sesiones de análisis de los sucesivos SD.

## **6.2. Interludio: la experiencia de la maternidad**

Promediando el segundo año de terapia, Julia queda embarazada. Los pocos SD realizados en este período se centraron espontáneamente en las ansiedades despertadas por el embarazo y permitieron un trabajo focalizado sobre éstas. El parto se produjo sin dificultades y de inmediato la paciente se sumergió en una experiencia inefable de simbiosis con el bebé, viviendo la maternidad como no había podido hacerlo hasta entonces. Tan intensa fue su dedicación que la familia llegó a alarmarse por la falta de interés en el mundo exterior y comunicó su preocupación al terapeuta. Éste, evaluando lo que se había podido trabajar durante el embarazo y sopesando la profunda y serena plenitud con la que ella vivía la experiencia, decidió priorizar el valor reparatorio de estas vivencias; no compartió los temores de los familiares y hasta aceptó la

propuesta de Julia de interrumpir por unos meses la terapia para mejor dedicarse a la atención del recién nacido. El bebé creció, ella empezó a desprenderse naturalmente de él y volvió al consultorio.

Al principio mostró dificultades para enfrentar los fantasmas temidos. Tendía a refugiarse en la experiencia vivida, aparecían reiteradamente en sus SD campos de trigo como símbolos de fecundidad, mientras que las imágenes amenazadoras eran mantenidas a distancia. El terapeuta optó por respetar las resistencias, esperando la oportunidad adecuada para intervenir con una directividad más activa.

La ocasión se presentó cuando Julia, que imaginaba que descendía por un agua barrosa, acompañada por su marido, de repente lo perdió de vista. El terapeuta aprovechó para pedirle que siguiera descendiendo sola y se mantuvo firme en la propuesta. Ella sintió entonces que las algas se enredaban en sus brazos y sus piernas y la arrastraban hacia abajo, y terminó en lo más profundo, completamente inmovilizada por la maraña vegetal, con las manos atadas a la espalda. Frente a ella apareció una especie de sapo monstruoso que se le acercaba «para violarla» mientras ella forcejeaba en vano. El terapeuta la alentó a luchar para liberarse, dominar al monstruo y llevarlo a la superficie. Cuando lo logró, el sapo se transformó en una figura humana informe, cubierta por una especie de disfraz vegetal. Se le sugirió quitarle el disfraz y apareció su padre, pálido como muerto. Julia sintió una gran ternura por él, lo reanimó con su aliento, y finalmente emprendieron juntos un ascenso hasta un amplio lugar soleado desde donde se dominaba todo el paisaje.

Al terminar el sueño la paciente comentó al terapeuta que, ayudada por su insistencia en hacerla descender, había ido metiéndose más y más en el mundo de la imaginación, al punto que las imágenes surgían con impresionante claridad y de una manera incontrolable. Y que sentía que había enfrentado como nunca sus temores sexuales.

A partir de este sueño despierto se produce un cambio fundamental en el tratamiento. En escenificaciones sucesivas, de gran riqueza, Julia se mueve fluidamente por todas las dimensiones del espacio imaginario. Aparecen imágenes nuevas, que se repiten y evolucionan de sueño en sueño : una nena abandonada (sin duda ella misma), a la cual conducirá repetidamente a las alturas , venciendo innumerables obstáculos ; una imagen de Cristo, al principio una estatua enorme y temible (relacionada por ella con el Cristo del Corcovado, que conoció en su viaje de bodas y le impactó mucho), que gradualmente va transformándose en un Cristo comprensivo y humanizado, semejante al personaje de Jesús de Nazaret de Zefirelli ; monstruos fabulosos con los que combatirá, y que habrán de relacionarse de un modo u otro con su padre ; volverán varias veces la víboras, cada vez menos temibles ; la imagen de la abuela (la otra persona que sustituyera a la madre en la infancia y a quien ella y su marido asistieran a la hora de la muerte) como un cadáver que florece y embellece todo ; una gran ballena en cuyo interior ella puede penetrar, explorándolo y ordenándolo ; y otras muchas imágenes que sería largo enumerar. A través de los comentarios de lo vivido en los SD se irá conectando con las circunstancias de su historia, se irá sintiendo más segura, las obligaciones que le resultaban una pesada carga irán adquiriendo una dimensión más humana y placentera, se atreverá a preguntarse sobre los temibles misterios del cuerpo femenino, del de su madre y el suyo propio; la pareja de sus padres irá tornándose más realista y ella se irá liberando de sus

dependencias. Todo esto va acompañado de una clara mejoría sintomática Y Julia irá aprendiendo a vivir su propia sexualidad, expresándola en la realidad con más intensidad, serenidad, libertad y placer, y en los sueños despiertos con imágenes cada vez más coloridas.

En el final de uno de estos sueños (Julia, como Caperucita Roja, acompañada por el lobo, asiste a su abuela moribunda), el terapeuta le pide que se observe en un espejo imaginario. Vale la pena comparar lo que ella ve con la Julia que describimos al principio. Dice: «estoy frente al espejo de mis años. Soy yo, Julia, treinta y cinco años, algunas arrugas, un cuerpo firme, mucha voluntad dentro de mí. Tengo mi mundo y mis ideas y siento casi determinado el mundo que quiero y a lo que quiero llegar. Me siento cada vez más fuerte y transmito mi fortaleza a los otros. Sé lo que soy y lo que fui antes: En el espejo me veo como soy ahora quizá una Caperucita que creció y está vestida para el quehacer de todos los días. Ni más nena, ni más vieja»

Podría decirse que en este punto (fines del tercer año de tratamiento) la partida está ganada, pero no concluida. Habrá todavía dos años de sueños despiertos ricos en imágenes y sentimientos, en goces y en angustias, para que Julia pueda continuar su vida sin el auxilio del tratamiento. Pero se ha ido afirmando en su vida familiar y profesional y encara los problemas con realismo y eficacia.

### **6.3. Hacia el final de la cura**

A través de los SD siguientes surgen y toman forma los fantasmas más ocultos. Fantasmas del cuerpo destrozado, y fragmentado, vinculados con la sexualidad, la masturbación y la culpa: la atacan peces feroces y le muerden todo el cuerpo; es una prisionera a la que arrojan desnuda por la boca de un gran ídolo a un pozo, en cuyo fondo hallará un cadáver descuartizado al que trata en vano de reconstruir y revivir ; una multitud de víboras la apresa y le atraviesan el cuerpo mientras ella se revuelca en el barro de una ciénaga; la condenan por bruja y la queman en la hoguera; fantasmas de culpa por los hermanos no nacidos: extrae al « hermano malo » del útero de una bruja y lo acaricia para « neutralizar su maldad » ; encuentra en una cuna el esqueleto de su hermano muerto y lo incorpora a su propio cuerpo encuentra cuerpos sin vida bajo la tierra, no los puede revivir y los vuelve a enterrar ; fantasmas del odio largamente reprimido : se incorpora a un ejército de brujas que atacan y destruyen salvajemente un pueblo pacífico (identificado luego como su propia familia, hijos inclusive) y celebran con cánticos la destrucción ; fantasmas de madre fálica; bruja, sirena, mujer-araña, prostituta, con los que aprende a convivir ; fantasmas en fin de la sexualidad triunfante: desde Adán y Eva en el paraíso hasta el acoplamiento de dos células, pasando por una vibrante danza con el marido al son del cántico de muerte de las brujas, transformado en celebración nupcial y el fantasma de la abuela, muerta y revivida varias veces, pero cada vez más definitivamente viva en su interior, presidirá la exploración y la recomposición del cuerpo femenino y desmitificará la escena del coito de los padres.

Será como una apertura definitiva al mundo real: el de la vida y el de la muerte. «Esta vez – dirá en el curso de un sueño despierto- son parejas de esqueletos que bailan. Siento ganas y miedo de participar. Pero me meto. Es como una pista de baile y la misma pista nos mueve. Mi compañero es un esqueleto y bailo con él, sintiendo su contacto frío. Cuántas cosas he vencido para poder bailar con mi propia muerte». Más adelante, en el mismo sueño

encontrará» ...pilas de huesos, montañas de huesos. Y lo junto pieza a pieza para formar mi propia figura. Formo de allí una mujer». Y en los comentarios dirá que el poder nacer implica también el poder morir, pero vinculará esta vida-muerte con la sexualidad («el contacto físico con mi marido me producía ese frío; porque él era un hombre»), y también lo relacionará con su vínculo con el terapeuta, del que espontáneamente comienza a hablar, anticipando el final del análisis: «morir sería también terminar el tratamiento; eso me hace sentir abandonada». -

Estamos efectivamente en el último año. Los sueños, cada vez más fluidos, surgen y se desarrollan espontáneamente casi sin intervenciones directivas, retomando las antiguas imágenes para enhebrarlas en síntesis cada vez más totalizadoras. El terapeuta interviene poco en las sesiones de análisis porque Julia interpreta el material de los sueños SD en forma natural y espontánea, reconociendo y ubicando sus fantasmas e integrándolos a su vida.

Ahora puede hablar también de la experiencia compartida, de las vivencias transferenciales, de las sucesivas investiduras que recayeron sobre el analista; de lo que significó su presencia como soporte del trabajo imaginario y dramático que le permitió reconciliarse con aquello que la represión sepultara y que sólo podía manifestarse a través de los síntomas. Puede hablar de todo esto, en un presente que rápidamente se hace pasado, para desprenderse del terapeuta y de la terapia y continuar su camino con los suyos, reunificada consigo misma. El analista escucha, completa alguna idea o añade algún comentario; pero casi no es necesaria otra cosa que su presencia, como para avalar la realidad de la experiencia compartida.

Al cabo de cuarenta y tres sueños despiertos, Julia concluyó su tratamiento. En la penúltima sesión sintetizó los resultados en una frase: «Antes, mi persona y mis sueños estaban separados y yo apenas podía asomarme a ese mundo terrible. Ahora, mis sueños y yo somos una misma cosa».

Cada tanto, no más de una vez al año, llegan noticias tuyas. En una carta, luego de las noticias sobre su vida y su familia, escribe: “Estoy muy bien, creo que estoy rehaciendo sola, a cada momento, mi análisis. ¿O será que justamente eso es vivir?”

### ***Bibliografía***

- Aumage, Monique (2001), “Pacientes psicossomáticos: Interés y particularidad del enfoque por medio del Sueño Despierto”. Sueño Despierto N° 11
- Benoit J.-C. ; Berta, M. (1973) : L’activation psychothérapique ; Dessart, Bruxelles.
- De Martín, Maria Grazia (1995): “Para una comprensión del Proceso Imaginativo: la contribución de Renzo Rocca”; Sueño Despierto N° 2. Buenos Aires.
- Descamps, Marc-Alain (1996): “La teoría del Sueño Despierto”; Sueño Despierto N° 4. Buenos Aires
- Descamps, Marc-Alain (1999) “Le rêve éveillé” Bernet-Danilo, Meschers

- Desoille R. (1938) «Exploration de l'affectivité subconsciente par la Méthode du Rêve éveillé dirigé. d'Artrey, Paris.
- Desoille Robert (1945) «Le Rêve Éveillé en Psychothérapie». P.U.F. Paris
- Desoille Robert (1950) Psychanalyse et Rêve éveillé dirigé. Paris
- Desoille, R. (1961): «Théorie et Pratique du Rêve Éveillé Dirigé». Éditions du Mont-Blanc.
- Desoille Robert (1974): «El caso María Clotilde». Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Desoille, Robert (1975): "Lecciones sobre Ensueño Dirigido en Psicoterapia". Amorrortu, Buenos Aires.
- Duarte Ariel (2007) "El ensueño dirigido de Desoille" SUED Montevideo 2007
- Dufour, Roger (1978) : « Écouter le Rêve », Laffont, Paris
- Ennis, María Ana (1974) « Psicoterapia Simbólica » Hachette, Buenos Aires
- Ennis, María Ana (1981) « Psicoterapia Simbólica. Fundamentación y Metodología », Lopez Libreros. Buenos Aires
- Ennis, María Ana (2007) « Psicoterapia Simbólica. Bases y conceptos » EDUCA, Buenos Aires
- Freud, Sigmund (1900) « La interpretación de los Sueños » Amorrortu Editores, Tomo V
- Fabre, Nicole (1973) "El Triángulo Roto" Amorrortu. Buenos Aires.
- Fabre, Nicole (1979) « Avant l'Oedipe » Masson édit, Paris
- Fabre, Nicole et Maurey, Gilbert (1985.) : "Le Rêve Éveillé Analytique", Privat, Paris,
- Fabre, Nicole (1994) « En el niño, el Sueño Despierto en Psicoanálisis » Sueño Despierto N° 1
- Brétigny R et Vire A. (1968) L'imagerie Mentale, Mont Blanc, Genève
- Fusini Doddoli, Myriam (1970) "Le Rêve éveillé dirigé. Une methode de Psychotherapie, ESF, Paris
- Guillot, Jean et Marie-Aimée (1986) : « Activations, Inductions et Transferts » ; Études Psychothérapiques N° 64. Paris.
- Guilhot, Jean (1996): "El Sueño Despierto, Terapia del Futuro"; Sueño Despierto N° 5.
- Guilhot, Jean (1997) "¿Cuáles teorías y cuáles métodos para el Sueño Despierto Terapéutico?", Sueño Despierto N° 6
- Lagache D (1963) ponencia en el Simposio sobre la fantasía en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Estocolmo.
- Lamas, María Cristina: (1994). «El método del Sueño Despierto con niños y púberes» Sueño Despierto N° 1
- Lamas, María Cristina : (2007) Tess Doctoral. "El habla y el juego en la Psicoterapia de niños". UCA. Edición Privada. Buenos Aires
- Maciel, Fidel (2000) "Das Katathymr Bilderleben, El método psicoterapèutico Imaginativo de Hanscarl Leuner, Sueño Despierto N° 10.
- Maurey, Gilbert (1995) : « Le rêve-éveillé en psychanalyse. De l'imaginaire a l'inconscient »; ESF éditeur, Paris.
- Nadal J. (1974) "Vécu subjectif, Fantasme el Mythe". Études Psychothérapiques. N° 15. Paris
- Nadal J. (1977) « A propos de certain lieux et certain liens » !études Psychothérapiques N° 25 Paris

- Nadal, J.(1981) « Temps de la Névrose, Temps du Rêve Éveillé ». Études Psychothérapeutiques N° 45. París
- Poliakow, Oleg (1995): "La Hipnosis y el Sueño Despierto de Desoille"; Sueño Despierto N° 3. Buenos Aires
- Rocca Roberto E. (1984,a) : « Rêve Éveillé et Mythologie Personnelle ». Études Psychothérapeutiques N°55. París
- Rocca Roberto E .(1984,b) « Diriger le Rêve Éveillé ». Études Psychothérapeutiques N° 57. París.
- Rocca, Roberto. E.(1987); "Analizando con el Sueño Despierto de Robert Desoille" Actualidad Psicológica, año XII, N° 30).
- Rocca Roberto E. (1992) "La mitologie, l'histoire et l'expérience, trois coupes de la cure analytique par le Rêve Éveillé". Cahiers de l'institut du rêve éveillé en psychanalyse N° 26, Paris
- Rocca, Roberto E: (1995) "Sobre algunas particularidades del Sueño Despierto (apuntes para una teoría) Sueño Despierto N° 2
- Rocca, Roberto E.(1997) Sobre la integración de los tiempos y los espacios en el Sueño Despierto" Sueño Despierto N° 7
- Rocca Roberto E.(1998) "La integración de las psicoterapias desde la perspectiva del Sueño Despierto de Robert Desoille. Revista Argentina de Clínica Psicológica, Vol VII, N° 2
- Rocca Roberto y Villamarín Inés (comp.) (2008) "El Sueño Despierto de Robert Desoille, un uso terapéutico de la imaginación" Tiempo Sur, Quilmes
- Rocca Renzo y Stendoro, Giorgio (1995) "La voz de la imagen" Sueño Despierto N° 2
- Villamarín, Inés (1995) "El Sueño Despierto Acompañante". Sueño Despierto N° 3. Buenos Aires. Cahiers du Girep, N° 38. 2002 París
- van den Berg J.H. (1952) "Le Rêve Éveillé de Robrt Desoille" Nature et Possibilités d'une Psychothérapie Phénoménologique. LL'Evolution Psychiatrique.
- van den Berg, J. H. (1963): "Una Explicación Existencial del Sueño Despierto Dirigido en la Psicoterapia" - Editorial Jus - México –

**AUTOR: Roberto Enrique Rocca**

Médico – Psicoterapeuta certificado por la Federación Latinoamericana de Psicoterapia. Miembro Titular y Didacta del Grupe International du Rêve Éveillé en Psychanalyse